



**SUFFP**

SCUOLA UNIVERSITARIA  
FEDERALE PER LA  
FORMAZIONE PROFESSIONALE

*L'eccellenza svizzera  
nella formazione professionale*

## **Progetto Re Care - Favorire REinserimento e REsilienza nelle cure**

**Rapporto di attività Azione B - Fasi 1 e 2: Indagine volta alla  
preparazione di un programma modulare di perfezionamento sul  
tema delle cure di lunga durata**

### **Autrici**

Dr. Deli Salini, Senior Research e Docente, SUFFP

Delia Cattani, Collaboratrice scientifica, SUFFP

### **Su incarico di**

Divisione della formazione professionale del Cantone Ticino, Ufficio della formazione continua e dell'innovazione

Lugano, 16 settembre 2022



## **Ringraziamenti**

La realizzazione delle indagini presentate in questo rapporto è stata possibile grazie alla disponibilità di tutte le professioniste e tutti i professionisti del settore infermieristico che hanno partecipato alle interviste e che hanno risposto al questionario, nonché alle molte persone che hanno mediato tale possibilità, inoltrando le nostre richieste di contatto. Ringraziamo di cuore tutte queste persone per averci dedicato tempo e per aver raccontato la propria esperienza. Un ulteriore e sentito ringraziamento va alle e ai rappresentanti degli uffici cantonali (Ufficio di statistica sanitaria, Ufficio anziani e cure a domicilio,) che hanno reso accessibili le informazioni pertinenti da loro trattate. Ci auguriamo tramite questo rapporto di essere riuscite a mettere in luce e valorizzare quanto queste persone e istituzioni hanno messo a disposizione.

## **Proposta di citazione:**

Salini, D., Cattani, D. (2022). Progetto Re Care - Favorire REinserimento e REsilenza nelle cure. Rapporto di attività Azione B - Fasi 1 e 2: Indagine volta alla preparazione di un programma modulare di perfezionamento sul tema delle cure di lunga durata. Scuola universitaria federale per la formazione professionale SUFFP.



## Sommario

<i>Ringraziamenti</i> .....	2
<i>Lista delle tabelle e delle figure</i> .....	5
<b>1. INTRODUZIONE</b> .....	<b>6</b>
1.1 <i>Il progetto Re Care</i> .....	6
1.2 <i>Caratteristiche dell'azione B</i> .....	7
1.3 <i>Coordinamento</i> .....	8
1.4 <i>Riconfigurazione delle attività dell'azione B a seguito della pandemia</i> .....	8
<b>2. QUADRO TEORICO E METODOLOGICO</b> .....	<b>11</b>
2.1 <i>Domande di ricerca, metodologia d'indagine e delimitazione</i> .....	11
<b>3. L'ESPLORAZIONE DOCUMENTARIA</b> .....	<b>13</b>
3.1 <i>Metodologia</i> .....	13
3.2 <i>Risultati dell'esplorazione documentaria</i> .....	15
3.2.1 <i>La terminologia in uso</i> .....	15
3.2.2 <i>Turnover infermieristico e impatto sulle strutture sanitarie</i> .....	16
3.2.3 <i>Effettivi del personale sanitario e prospettive riguardo ai bisogni nel settore</i> .....	16
3.2.3.1 <i>Effettivi e caratteristiche del personale di cura e accompagnamento</i> .....	17
3.2.3.2 <i>Prospettive riguardo ai bisogni di personale delle cure e accompagnamento</i> .....	21
3.2.4 <i>Fattori che incidono sulla penuria di personale infermieristico</i> .....	23
3.2.4.1 <i>Megatrend e tendenze nel settore della salute</i> .....	23
3.2.4.2 <i>Fattori legati al benessere organizzativo e alla soddisfazione lavorativa</i> .....	25
3.2.4.3 <i>Progetti e studi nazionali recenti riferiti al benessere organizzativo</i> .....	27
3.2.4.4 <i>Elementi ricorrenti negli studi esplorati</i> .....	28
3.2.5 <i>Le proposte per fronteggiare la penuria di personale</i> .....	29
3.2.5.1 <i>Programmi d'intervento istituzionale</i> .....	29
3.2.5.2 <i>Buone pratiche volte a favorire resilienza e fidelizzazione del personale</i> .....	31
3.2.5.3 <i>Buone pratiche volte a favorire il reinserimento professionale</i> .....	36
3.2.6 <i>Aspetti trasversali delle proposte volte a fronteggiare la penuria di personale</i> .....	37
<b>4. LA RICERCA SUL CAMPO</b> .....	<b>39</b>
4.1 <i>Metodologia</i> .....	39
4.1.1 <i>Elaborazione delle categorie d'indagine per il questionario e le interviste</i> .....	40
4.1.2 <i>Elaborazione e realizzazione delle interviste</i> .....	42
4.1.3 <i>Elaborazione e diffusione del questionario</i> .....	42
4.1.4 <i>Realizzazione dei Focus group</i> .....	43
4.2 <i>Risultati emersi dalle interviste e dal questionario</i> .....	43
4.2.1 <i>Trattamento dei dati</i> .....	43
4.2.2 <i>Aspetti sociodemografici</i> .....	44
4.2.3 <i>Situazione professionale attuale</i> .....	45
4.2.3.1 <i>Percentuale lavorativa</i> .....	45
4.2.3.2 <i>Elementi di fidelizzazione</i> .....	46
4.2.3.3 <i>Vissuti in relazione alla situazione professionale attuale</i> .....	47



4.2.4	Percorso professionale .....	48
4.2.4.1	Primo inserimento professionale .....	48
4.2.4.2	Vissuti in relazione al primo inserimento professionale .....	49
4.2.4.3	Figure di supporto durante il primo inserimento professionale .....	50
4.2.4.4	Turnover organizzativo .....	50
4.2.4.5	Motivi di turnover organizzativo .....	51
4.2.4.6	Vissuti legati all'esperienza di turnover organizzativo .....	52
4.2.4.7	Turnover professionale .....	52
4.2.4.8	Interruzioni temporanee della professione .....	52
4.2.4.9	Vissuti in relazione alle interruzioni temporanee della professione .....	53
4.2.4.10	Interruzioni stabili della professione .....	53
4.2.4.11	Motivi di interruzione stabile della professione .....	53
4.2.5	Identità professionale e prospettive .....	54
4.2.5.1	Elementi apprezzati della professione .....	54
4.2.5.2	Auspici sugli sviluppi futuri della professione .....	55
4.2.5.3	Sfide percepite riguardo al futuro della professione infermieristica .....	56
4.2.5.4	Considerazioni emerse a proposito delle sfide della professione infermieristica .....	57
4.2.6	Reinserimento professionale .....	58
4.2.6.1	Tentativi di reinserimento professionale e difficoltà riscontrate .....	58
4.2.6.2	Proposte formative e dispositivi per il reinserimento .....	59
4.3	<i>Risultati emersi dai Focus Group</i> .....	60
4.3.1	Aspetti riflessivi sugli elementi emersi dalle interviste .....	60
4.3.2	Piste concrete ipotizzate per limitare le interruzioni della professione .....	61
4.4	<i>Analisi trasversale: una concordanza di auspici</i> .....	62
<b>5</b>	<b>CONCLUSIONI</b> .....	<b>67</b>
<b>6</b>	<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>70</b>
<b>7.</b>	<b>ALLEGATI</b> .....	<b>75</b>
	<i>Allegato 1: Lettera mediata di invito alle interviste</i> .....	75
	<i>Allegato 2: Traccia interviste semi-strutturate</i> .....	76
	<i>Allegato 3: Proposta di adesione e traccia per i focus group</i> .....	77



## Lista delle tabelle e delle figure

<b>Tabelle</b>	<b>Pagine</b>
Tabella 1. Modalità effettive di realizzazione dell'azione B	8
Tabella 2. Ripartizione del personale di cura e accompagnamento per tipo di istituzione, 2012 e 2019	18
Tabella 3. Ripartizione del personale di cura e accompagnamento per livello di formazione, 2012 e 2019	19
Tabella 4. Distribuzione dei livelli di titoli nelle strutture sanitarie ticinesi	19
Tabella 5. Statistiche dei professionisti delle cure, stranieri dal 2009 al 2019	20
Tabella 6. Evoluzione 2012-2020 diplomi SSS e bachelor SUPSI, rilasciati in cure infermieristiche in Ticino	21
Tabella 7. Tasso di uscita dalla professione di curante, di grado terziario, per classe d'età, in percentuale, 2016-2018	22
Tabella 8. Categorie di analisi delle pratiche volte a favorire il benessere organizzativo	26
Tabella 9. Analisi delle buone pratiche recensite, alla luce delle sette categorie d'intervento sul benessere organizzativo	37
Tabella 10. Categorie principali d'indagine per interviste e questionario	41
Tabella 11. dati sociodemografici distinti secondo campionamento	44
Tabella 12. Auspici espressi riguardo allo sviluppo della professione infermieristica	55
Tabella 13. Categorie prioritarie di intervento secondo i diversi assi di analisi	64

<b>Figure</b>	<b>Pagine</b>
Figura 1. Megatrend nel settore della salute	24
Figura 2. I sette campi d'azione individuati dal progetto STRAIN	28
Figura 3. Percentuale d'impiego	46
Figura 4. Priorità di elementi che favoriscono la permanenza nel settore infermieristico	46
Figura 5. Vissuti legati al primo inserimento professionale	49
Figura 6. Persone di riferimento durante il primo inserimento nella professione	50
Figura 7. Numero cambiamenti di servizio sanitario	51
Figura 8. Motivi per il cambiamento di servizio sanitario	51
Figura 9. Motivi di interruzione stabile della professione infermieristica	54
Figura 10. Elementi apprezzati della professione infermieristica	55
Figura 11. Sfide della professione infermieristica	56
Figura 12: Modello di cura basato sulla relazione	65



## 1. INTRODUZIONE

Il presente rapporto presenta i risultati di una serie di indagini realizzate nell'ambito del Progetto Re Care - Favorire REinserimento e REsilienza nelle cure<sup>1</sup>. Queste indagini fanno riferimento alle prime due fasi del secondo asse d'intervento Re – Care, l'azione B, volta a progettare e poi seguire nella sua implementazione sperimentale una proposta formativa rivolta al personale infermieristico, sul tema delle cure di lunga durata. In particolare, il rapporto presenta l'organizzazione e i risultati delle due principali attività d'indagine svolte, l'esplorazione documentaria e la ricerca sul campo.

In questa introduzione descriviamo le caratteristiche de progetto Re Care e dell'azione B, indicando anche i necessari adattamenti di tempistica e di metodo realizzati a seguito della pandemia. Nel prossimo capitolo, presentiamo il quadro teorico e metodologico. In seguito, in due grandi capitoli trattiamo da un lato l'organizzazione e i risultati dell'esplorazione documentaria, dall'altro l'organizzazione e i risultati della ricerca sul campo. A seguire, presentiamo un'analisi trasversale di quanto emerso e, infine, nelle conclusioni avanziamo una riflessione sulle prospettive del presente studio in riferimento all'insieme del progetto Re Care.

### 1.1 Il progetto Re Care

Il progetto cantonale Re Care - Favorire REinserimento e REsilienza nelle cure si propone di contribuire al mantenimento e al reinserimento del personale nelle cure di lunga durata agendo in modo integrato sul *management*, sul personale in forza (nei diversi ruoli professionali) e sul personale qualificato uscito dal settore ma desideroso di rientrarvi a condizioni sostenibili (DESCS-DFP, 2019). Re Care fonda la progettazione e la sperimentazione di un'offerta mirata, diversificata e innovativa di formazione continua. Secondo un approccio integrato, il progetto è organizzato su più interventi volti a prevenire e a fronteggiare la penuria di personale infermieristico, rivolgendosi sia al personale in servizio, sia a coloro che potrebbero/desiderano rientrarvi. Il progetto è articolato in tre assi di intervento:

- Rafforzamento della resilienza del personale di cura attraverso pratiche di co-costruzione degli scenari futuri della professione e dei nuovi ruoli richiesti nella professione
- Gestione consapevole e attiva delle criticità emergenti nei luoghi di cura
- Sviluppo della capacità di operare in team interprofessionali, costruendo spazi di collaborazione fondati sul mutuo rispetto e sulla condivisione di codici.

Tramite le seguenti azioni, si ritiene che l'insieme del progetto possa contribuire a promuovere e valorizzare l'immagine del lavoro di cura nel settore della lunga durata.

- A. Atelier dei futuri, proposti in sei servizi di cure di lunga durata aventi la finalità di favorire la riflessione, lo scambio e la progettualità a fronte delle esigenze delle cure e ai cambiamenti in atto;
- B. Preparazione e accompagnamento valutativo di un programma modulare di perfezionamento sul tema delle cure di lunga durata;
- C. Preparazione di un'azione formativa pilota *Benessere nel lavoro di cura*, rivolta ai quadri dei vari servizi coinvolti.

---

<sup>1</sup> Progetto DECS-DFP, 2019. Finanziamento SEFRI alla Divisione della Formazione Professionale del Cantone Ticino (Progetto 19-2501; numero di riferimento REF-1131-31402)



A questi assi di intervento si affianca un progetto di valutazione e monitoraggio dell'insieme delle azioni attivate.

La tempistica del progetto, della durata di 24 mesi, inizialmente prevista tra agosto 2020 e luglio 2022, ha subito dei ritardi in conseguenza degli eventi legati alla pandemia Covid 19, che hanno accompagnato il progetto sin dalla sua approvazione (marzo 2020) e che sono stati particolarmente sentiti nel settore socio-sanitario. Per questo motivo, la scadenza dell'intero progetto è stata posticipata al dicembre 2022 e di conseguenza anche le tempistiche interne dell'azione B, oggetto del presente rapporto (vedere sezione 1.4).

## 1.2 Caratteristiche dell'azione B

L'azione B prevede la *Preparazione e accompagnamento valutativo di un programma modulare di perfezionamento sul tema delle cure di lunga durata*. Come indicato nel progetto sottoposto alla SEFRI, si tratta di progettare e poi di seguire nella loro implementazione sperimentale (che non è oggetto di richiesta di finanziamento attraverso il progetto) una serie di moduli formativi brevi, della durata di 8- 24 ore, frequentabili in modo mirato e flessibile, che saranno proposti dalla Scuola specializzata superiore in cure infermieristiche (SSSCI) e saranno progettati in collaborazione con l'Associazione dei direttori delle Case per anziani della Svizzera italiana (ADICASI), l'Associazione per la formazione nelle strutture sanitarie e negli istituti sociali del Cantone Ticino (Formas), l'Associazione Svizzera Infermieri (ASI) e altri partner (ad es. Pro-Senectute). L'azione B prevede le tre fasi seguenti.

1. Realizzazione di una ricerca-azione finalizzata all'identificazione delle aree di problematicità, specifiche al Cantone Ticino che inducono l'abbandono o la disaffezione alla professione infermieristica, tramite:

- Censimento del numero di persone che si sono allontanate dalla professione negli ultimi dieci anni, e rilevamento delle statistiche relative ai fenomeni correlati (tassi di turn-over, di soddisfazione del personale e di assenteismo) a partire dalle informazioni reperibili presso gli uffici cantonali preposti e considerando i dati dell'Osservatorio sulle formazioni e le prospettive professionali nel settore sociosanitario del cantone Ticino.
- Focus Group con direzioni e responsabili della gestione delle risorse umane di strutture di lunga durata;
- Interviste esplorative con persone che hanno abbandonato la professione infermieristica.

2. Affinamento dell'analisi dei bisogni e implicazione del pubblico mirato, tramite:

- Realizzazione, promozione e diffusione di un questionario online volto sia ad affinare il rilevamento dei bisogni, delle intenzioni e dei vincoli espressi per un reinserimento nell'attività professionale, sia a promuovere l'adesione del pubblico mirato al progetto Re Care. Il questionario, costruito sulla base dei riscontri della fase precedente, sarà diffuso tramite azioni di informazione estesa su quotidiani, sportelli informativi collegati alla Città dei mestieri, contatti con sindacati, strutture di rilevamento tempestivo dei bisogni da parte della AI, ecc.;
- Interviste/incontri informativi con almeno 20 persone non più attive nella professione infermieristica, volti a identificare i bisogni e le risorse specifiche delle stesse e a promuovere la loro implicazione nelle azioni formative previste dal progetto Re Care.

3. Perfezionamento delle proposte formative Re Care, tramite:

- Tre workshop rivolti a rappresentanti dei partner di progetto, finalizzati a discutere e a trovare soluzioni operative rispetto a quanto emerso dalle fasi precedenti

Le offerte progettate e testate durante la fase di sperimentazione saranno rivolte a tutte le figure attive nell'infermieristica (secondario e terziario) dei servizi coinvolti nel progetto; un "catalogo" di offerte finalizzate ad affrontare le problematiche descritte nell'analisi del contesto verrà predisposto in sede di preparazione della proposta di dettaglio, focalizzando temi<sup>2</sup> quali:

- il lavoro nel contesto delle cure di lunga durata: politiche sanitarie e ruoli professionali (immaginario, aspettative e realtà)
- gestione dello stress e del burnout
- la relazione interprofessionale, intergenerazionale e interculturale
- gestione delle relazioni nel contesto delle cure di lunga durata
- processi di cambiamento: risorse e limiti
- sfide e opportunità della digitalizzazione nel contesto delle cure.

Le proposte formative daranno luogo al rilascio dei crediti ECS, del sistema per l'accreditamento delle offerte di formazione continua e la certificazione delle medesime, messo a punto dalla Divisione della formazione professionale del Cantone Ticino.

### 1.3 Coordinamento

Il coordinamento e l'attuazione dell'azione B sono affidati congiuntamente al Dipartimento Ricerca e sviluppo della SUFFP, sede di Lugano (per le fasi 1 e 2) e alla Scuola specializzata superiore in Cure infermieristiche (per la fase 3).

### 1.4 Riconfigurazione delle attività dell'azione B a seguito della pandemia

Come detto, la messa in atto dell'insieme del progetto Re Care, e in particolare dell'azione B è stata influenzata a vari livelli dalla concomitante pandemia Covid-19. Per questa azione, i cambiamenti hanno riguardato la linearità e la possibilità di realizzazione delle attività previste nelle varie fasi, con susseguenti variazioni della tempistica, come si può desumere dalla comparazione sottostante (Tabella 1):

**Tabella 1. Modalità effettive di realizzazione dell'azione B**

<i>Sequenza delle attività indicate nel progetto originale</i>	<i>Modalità effettive di realizzazione delle attività in considerazione della pandemia</i>
1. Realizzazione di una ricerca-azione finalizzata all'identificazione delle aree di problematicità, specifiche al Cantone Ticino che inducono l'abbandono o la disaffezione alla professione infermieristica, tramite:	
Censimento del numero di persone che si sono allontanate dalla professione negli ultimi dieci anni, e rilevamento delle statistiche relative ai fenomeni correlati (tassi di turn-over, di	Il censimento e la raccolta dei dati statistici previsti sono stati possibili solo in parte, in considerazione del sovraccarico di lavoro degli uffici cantonali preposti in relazione alla

<sup>2</sup>Questi temi, emersi dal partenariato nella fase di elaborazione del progetto, sono indicati a titolo esemplificativo. Sarà a partire dalle indagini e dai workshop previsti nella fase successiva all'indagine che gli stessi potranno essere definiti



soddisfazione del personale e di assenteismo) a partire dalle informazioni reperibili presso gli uffici cantonali preposti e considerando i dati dell'Osservatorio sulle formazioni e le prospettive professionali nel settore sociosanitario, del cantone Ticino;	pandemia Covid-19. Per questo motivo si è deciso di integrare un'esplorazione di letteratura più estesa, comprendente i dati provenienti da ricerche nazionali e internazionali, così come i progetti e le buone pratiche riguardanti sia la resilienza sia il reinserimento del personale infermieristico. In particolare, la parte dedicata all'esplorazione di buone pratiche si è avvalsa dell'interazione con l'indagine RelPlus (Cattani, Bednarz, Salini, Alberton, 2022) svolta in parallelo, come sarà descritto nei prossimi capitoli. L'articolazione dei due studi ha permesso di arricchire l'esplorazione e l'analisi delle pratiche e di individuare elementi di trasferibilità del modello Linea – RelPlus verso il mondo sanitario contribuendo così alle ipotesi di attivazione dell'azione 3 (Formazione sul benessere organizzativo) del progetto Re Care.
Focus Group con direzioni e responsabili della gestione delle risorse umane di strutture di lunga durata;	I Focus Group sono stati realizzati in tre volée, il primo finalizzato a discutere la bozza di questionario da diffondere e le altre due per discutere i risultati delle interviste effettuate.
Interviste esplorative con persone che hanno abbandonato la professione infermieristica.	Le interviste esplorative sono state effettuate nel settembre 2020, dunque secondo l'ordine temporale previsto
<b>2. Affinamento dell'analisi dei bisogni e implicazione del pubblico mirato, tramite:</b>	
Realizzazione, promozione e diffusione di un questionario online volto sia ad affinare il rilevamento dei bisogni, delle intenzioni e dei vincoli espressi per un reinserimento nell'attività professionale, sia a promuovere l'adesione del pubblico mirato al progetto Re Care. Il questionario, costruito sulla base dei riscontri della fase precedente, sarà diffuso tramite azioni di informazione estesa su quotidiani, sportelli informativi collegati alla Città dei mestieri, contatti con sindacati, strutture di rilevamento tempestivo dei bisogni da parte della AI, ecc.	Grazie all'analisi della letteratura, dei risultati delle interviste esplorative e del primo focus group è stata elaborata la struttura del questionario (che ha ispirato anche la traccia delle interviste). Ad inizio 2021 è stato effettuato un pretest, ma in seguito la diffusione del questionario è stata posticipata al settembre 2021 e la sua distribuzione circoscritta ad ex studenti del bachelor infermieristico SUPSI. Questo da un lato al fine di non sollecitare i professionisti delle cure già ampiamente impegnati nella situazione pandemica, dall'altro in considerazione di quanto emerso dalle interviste con persone aventi interrotto la professione. Di fatto, il questionario è stato diffuso nel settembre 2021 (anziché nella primavera 2021), secondo modalità che saranno precisate nei prossimi capitoli
Interviste/incontri informativi con almeno 20 persone non più attive nella professione	In considerazione dell'impossibilità di attivare subito il questionario, nella primavera e



infermieristica, volti a identificare i bisogni e le risorse specifiche delle stesse e a promuovere la loro implicazione nelle azioni formative previste dal progetto Re Care.	nell'autunno 2021 sono state proposte due volée di interviste semi strutturate a persone aventi interrotto la professione, la cui organizzazione e risultati sono descritti nei capitoli seguenti.
<b>3. Perfezionamento delle proposte formative Re Care, tramite:</b>	
<p>Tre workshop rivolti a rappresentanti dei partner di progetto, finalizzati a discutere e a trovare soluzioni operative rispetto a quanto emerso dalle fasi precedenti</p> <p>Le offerte progettate e testate durante la fase di sperimentazione saranno rivolte a tutte le figure attive nell'infermieristica (secondario e terziario) dei servizi coinvolti nel progetto; un "catalogo" di offerte finalizzate ad affrontare le problematiche descritte nell'analisi del contesto verrà predisposto in sede di preparazione della proposta di dettaglio.</p>	La progettazione della proposta formativa è stata posticipata alla primavera 2022, in considerazione sia dei ritardi accumulati nelle fasi precedenti, sia dell'impossibilità di proporre tale percorso nel corso della terza ondata di pandemia. Si prevede che la proposta formativa sarà attivata nell'anno scolastico 2022-2023

Come si può desumere dalla Tabella 1, il cambiamento di tempistica concerne soprattutto lo slittamento all'autunno 2021 della diffusione del questionario - non proponibile nei momenti critici della pandemia - e di conseguenza l'integrazione dei risultati dello stesso all'insieme dei risultati delle interviste, svolte in precedenza. Infatti, la successione delle fasi 1 e 2 e quindi delle tipologie di indagine, è passata da lineare a «intrecciata», con un andamento ricorsivo. Sempre a causa della pandemia, vi è stato un rallentamento nel ricevere riscontro dai referenti istituzionali contattati per le raccolte di dati, così come dai testimoni di terreno. Ciò ha indotto un posticipo del trattamento dei dati. La conclusione dell'insieme delle indagini, inizialmente prevista entro giugno 2021, è stata dunque dilazionata a dicembre 2021, mentre la progettazione didattica del programma modulare di formazione (fase 3) è stata spostata al primo semestre del 2022.

I traguardi temporali, aggiornati secondo la nuova tempistica, sono stati dunque così ridefiniti:

- a. Realizzazione di tutte le fasi dell'indagine entro dicembre 2021. Report a cura di SUFFP entro aprile 2022 (intermedio) e agosto 2022 (completo).
- b. Pianificazione e promozione didattica di un programma modulare di formazione: primi mesi del 2022 per la progettazione, mesi seguenti per la promozione didattica. Report di questa fase a cura di SSSCI entro dicembre 2022.



## 2. QUADRO TEORICO E METODOLOGICO

La metodologia generale del progetto Re Care e dell'azione B è fondata su una prospettiva teorica di Ricerca Azione e in particolare su un approccio partecipativo ad andamento ricorsivo (Fontaine, 2007; Morvan, 2013; Recherche-Action, s.d.). Questa prospettiva si caratterizza per il coinvolgimento dei vari attori sociali che operano nel contesto dell'indagine (nello specifico l'esteso gruppo di partenariato che segue il progetto nonché i sottogruppi di lavoro riferiti ad ogni azione). Questa prospettiva, iscritta in una dimensione trasformativa, è volta a creare un rapporto dialettico tra teoria e pratica, aspetto particolarmente utile nei contesti sociali, educativi e formativi. Essa ha lo scopo di acquisire non solo nuove conoscenze, ma di produrre un cambiamento dei saperi e delle attività nel contesto sociale in cui si opera. La dimensione ricorsiva, già implicita in questo tipo d'indagine è stata particolarmente presente nel progetto Re Care, alla luce della continua necessità di adattare il percorso progettuale all'andamento della pandemia.

Per la parte specifica alle indagini dell'azione B, al fine di meglio focalizzare quanto richiesto, sono state elaborate le domande di ricerca principali e precisate la metodologia generale, le caratteristiche delle diverse indagini e la delimitazione della ricerca stessa.

### 2.1 Domande di ricerca, metodologia d'indagine e delimitazione

Le domande di ricerca sono intese da un lato a rilevare caratteristiche, auspici e bisogni del personale infermieristico nelle strutture sanitarie, dall'altro a fornire indicazioni per la formazione di base e continua di questo personale, nonché a precisare alcuni aspetti volti a sviluppare resilienza e a favorire il reinserimento. Esse sono declinate nelle tre categorie seguenti:

1. Quali aspetti concorrono al mantenimento o all'interruzione dell'attività infermieristica presso le strutture sanitarie in Ticino?
2. Quali indicazioni possono essere considerate su questo tema nella formazione di base e continua del personale infermieristico?
3. Quali indicazioni possono essere considerate affinché le strutture sanitarie possano favorire la fidelizzazione o il rientro del personale infermieristico presso le proprie strutture?

Sulla base di queste domande e degli obiettivi del progetto, è stata definita la metodologia generale delle indagini previste nell'azione B. In particolare, ci si è fondati su un approccio di Mixed Method Research (Anadón, 2019; Graff, 2016; Trincherò e Robasto, 2019) secondo una prospettiva di interdipendenza e complementarità dei due approcci tradizionali (quantitativo e qualitativo). L'approccio misto permette infatti di transitare da un polo a carattere estensivo a un polo a carattere immersivo secondo un continuum in grado di cogliere la complessità dei fatti sociali. La prospettiva quantitativa ha permesso di matematizzare i fenomeni esaminati e di conseguenza aprire alcune piste alla ripetibilità e alla generalizzazione della conoscenza prodotta, mentre la prospettiva qualitativa ha permesso di restituire soggettività ai dati raccolti.

Sulla base di quanto descritto, è stata attivata una serie di indagini, volta a individuare da un lato alcuni aspetti contestuali, nazionali e locali e dall'altro le caratteristiche e i vissuti del percorso professionale delle persone interpellate. Le indagini sono distribuite secondo le macrocategorie seguenti:

- **Esplorazione documentaria:** studi nazionali e internazionali attuali e statistiche recenti pertinenti al progetto Re Care, nonché progetti e buone pratiche nel settore, relativi sia alla resilienza sia al reinserimento del personale infermieristico (lungo tutto il periodo 2020- 2021)
- **Ricerca sul campo,** caratterizzata dalle seguenti attività:



- Elaborazione delle categorie d'indagine per il questionario e le interviste (tra settembre 2020 e marzo 2021)
- Tre volée di interviste semi strutturate, per il rilevamento del percorso professionale e dei bisogni, la prima volée avente carattere esplorativo (tra settembre 2020 e settembre 2021)
- Diffusione di un questionario (settembre – ottobre 2021)
- Tre focus group (uno in novembre 2020, altri due in aprile e maggio 2021)

L'insieme di queste indagini ha permesso di raccogliere dati soprattutto sugli aspetti psicosociali che influenzano il benessere organizzativo nel settore infermieristico, mentre gli aspetti relativi alla dimensione ergonomica del lavoro o ad aspetti maggiormente strutturali (come, per esempio, il salario o il posizionamento professionale) non sono stati presi in esame direttamente. Questo poiché da un lato tali aspetti sono ampiamente trattati da altri studi, ricerche e iniziative nazionali recenti, dall'altro essi non sono direttamente collegabili alle finalità essenzialmente formative del progetto Re Care.

### 3. L'ESPLORAZIONE DOCUMENTARIA

#### 3.1 Metodologia

L'esplorazione documentaria è stata effettuata a partire dalla letteratura già rintracciata, proveniente dalla documentazione sottoposta per la richiesta di sovvenzione SEFRI (DECS-DFP, 2019), da quella individuata dall'Osservatorio sulle formazioni e le prospettive professionali nel settore sociosanitario (DECS / DSS / SUPSI, 2018), da quella reperita nel quadro dello studio preliminare «Pratica infermieristica e dispositivi digitali» (Salini, 2018) e infine, dall'integrazione di pubblicazioni recenti sul tema. Questo ha permesso di costituire un corpus documentario, focalizzato sul tema della penuria del personale infermieristico e le tematiche correlate, così organizzato:

#### ***Comunicati stampa, rapporti e ricerche provenienti dalle seguenti istituzioni svizzere o internazionali***

Associazione svizzera infermiere (SBK-ASI); Conferenza svizzera dei direttori cantonali della sanità (CSDS); Croce Rossa Svizzera (CRS); International Council of Nurses (ICN); Istituto delle Scienze Infermieristiche dell'Università di Basilea; Medicus Mundi Suisse; Organizzazione mondiale della salute (OMS); Organizzazione nazionale per il mondo del lavoro sanitario (OBSAN); Osservatorio svizzero della salute (OSS); Swissuniversities; Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP), nonché il Rapporto di tendenza sulle professioni sanitarie della Scuola universitaria federale per la formazione professionale.

#### ***Rilevamenti statistici e/o documenti di sintesi degli stessi, provenienti dalle seguenti istituzioni***

Organizzazione nazionale per il mondo del lavoro sanitario (OBSAN); Ufficio cantonale degli anziani e delle cure a domicilio (UACD); Ufficio di statistiche sanitarie della Divisione della salute pubblica sanitaria del cantone Ticino (USS-TI) con integrazione degli indicatori previsti dall'Osservatorio sulle formazioni e le prospettive professionali nel settore sociosanitario; Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP), Ufficio federale di statistica (UST).

#### ***Progetti e studi nazionali recenti riferiti al benessere organizzativo***

Sono stati recensiti i progetti nazionali o cantonali suscettibili di fornire informazioni riguardo ai nostri obiettivi, come indicato di seguito<sup>3</sup>.

- **SHURP 2018: *Personnel et qualité des soins dans les établissements médicosociaux en Suisse alémanique et en Suisse romande***, che analizza le relazioni tra indicatori di qualità con le caratteristiche delle strutture e del personale, considerando la qualità dell'ambiente di lavoro e il carico di lavoro.
- L'indagine sul **Bullismo nel sistema sanitario ticinese: l'impatto sul benessere dei dipendenti e sull'organizzazione** (De Barros Lima *et al.* 2022).
- Nel quadro del Competence Network Health Workforce (**CNHW**) sono stati presi in esame gli studi seguenti:
  - **BerKaP - Berufskarrieren Pflege**, inteso a esplorare le carriere professionali del personale infermieristico nei primi anni di inserimento professionale

---

<sup>3</sup> Tutti i link collegati ai titoli dei progetti indicati in questo capitolo sono stati verificati nel maggio 2022



- **STRAIN - *Work-related stress among health professionals in Switzerland***, inteso a recensire ed intervenire sui fattori di stress e i loro effetti nel lavoro infermieristico

## ***Programmi d'intervento istituzionale***

- **L'Osservatorio sulle professioni e prospettive professionali nel settore sociosanitario** (DECS / DSS / SUPSI, 2018)
- La **[campagna d'immagine per le cure di lunga durata](#)**, lanciata nel 2018 da [ARTISET](#), [Spitex Svizzera](#) e [OdASanté](#) per migliorare l'attrattività del settore
- La **[Pianificazione integrata Ticino - Lanz.Lacd 2021-2030](#)**
- Il piano d'azione **[PRO SAN 2021-2024](#)**, per il rafforzamento della formazione professionale nel settore sociosanitario nel Cantone Ticino
- **[La campagna del Consiglio federale](#)** per dare seguito all'approvazione dell'Iniziativa popolare [«Per cure infermieristiche forti»](#)

## ***Progetti riguardanti buone pratiche***

Questi progetti sono stati distinti secondo due assi tematici, quello della resilienza (riguardante lo sviluppo della professione e il benessere del personale) e quello del reinserimento (riguardante i dispositivi di reinserimento professionale e di formazione, in particolare nel settore delle cure di lunga durata). In tutto sono stati individuati quindici progetti, presentati in ordine alfabetico.

### ***Asse resilienza***

- [Certificato Work-Family-Balance e Family Score](#)
- [Delarose](#) (Delivering E Learning Accreditation to Reduce Occupational Stress in Employment) (Mazza et al, 2016)
- [Friendly Workspace](#)
- Il dispositivo formativo pilota Atelier dei futuri
- [Intercare](#)
- [Leadership trasformativa](#)
- [LINEA e RelPlus](#)
- [Men in Long-Term Care](#)
- [Organizzazione positiva e Chief Happiness Officer](#)
- [Practice Development in Nursing](#)
- [Raccomandazioni STRAIN](#)
- [Swiss Learning Health System](#)

### ***Asse reinserimento***

- [Aggiornamento delle conoscenze per infermieri/e diplomati/e](#) (HES-SO Valais-Wallis Haute Ecole de Santé)
- [Dispositivo di reinserimento e riorientamento professionale](#) (Centre d'information pour les professions santé-social / CiPS - Canton Vaud, Lausanne)
- [Reinserimento professionale nelle cure di lunga durata](#) (HEdS-FR - Haute Ecole de Santé Fribourg)



Pur non essendo esaustivo, il corpus documentario così costituito è sufficientemente esteso per permettere una visione panoramica del tema in oggetto e delle problematiche correlate.

## 3.2 Risultati dell'esplorazione documentaria

Presentiamo i risultati dell'esplorazione documentaria in cinque parti: inizialmente precisiamo la terminologia in uso e in seguito, proponiamo una sintesi degli studi sul tema della penuria del personale infermieristico e un excursus sulle statistiche svizzere e cantonali attuali. Nelle parti successive presentiamo un approfondimento dei programmi di intervento e progetti recenti e delle buone pratiche per fronteggiare la penuria di personale.

### 3.2.1 La terminologia in uso

Per affrontare il discorso sulla penuria del personale infermieristico e sulle cause dell'abbandono della professione riteniamo utile chiarire alcuni aspetti terminologici. Anzitutto occorre precisare, facendo riferimento allo studio OBSAN 3/21 che la nozione di *penuria di personale infermieristico* considerata nelle statistiche e studi sul tema, riguarda principalmente la mancanza (attuale o prevista) di tale personale nelle strutture sanitarie seguenti: ospedali e cliniche, strutture per persone anziane e servizi di cure a domicilio (Merçay, Grünig et Dolder, 2021). Ciò significa che in queste statistiche non è considerato il personale infermieristico che - pur continuando ad essere attivo nella rete sanitaria (per esempio negli studi medici, come indipendente o nei servizi di cure complementari) - oppure lavorando nella formazione sanitaria, in qualità di docente, non è impiegato presso una delle strutture sanitarie precedentemente indicate. Inoltre, nello studio sopraccitato, sono precisate le denominazioni delle varie categorie di personale sanitario: a) il personale di cura e accompagnamento nei diversi livelli di formazione infermieristica (terziario, secondario, altri); b) il personale medico tecnico o medico terapeutico; c) il personale medico di livello universitario (medici, farmacisti, etc.) (Merçay, Grünig et Dolder, 2021). Evidentemente le indagini del presente rapporto si rifanno alla prima categoria del personale sanitario.

Rispetto al *turnover* del personale, ovvero al fenomeno di avvicendamento o rotazione del personale, caratterizzato dalla sostituzione da dipendenti che lasciano un'organizzazione lavorativa e sono (se possibile) sostituiti con altri dipendenti<sup>4</sup>, occorre precisare le diverse tipologie di tale avvicendamento (Hayes *et al.* 2006). Una prima distinzione è quella tra *turnover volontario*, quando le persone lasciano un'organizzazione di propria iniziativa e *turnover involontario*, quando la partenza è decisa dal datore di lavoro. Il *turnover* volontario può essere altresì distinto (dal punto di vista del dipendente) tra *organizzativo* (quando la persona rimane nello stesso settore professionale, pur cambiando organizzazione) e *professionale* (quando la persona lascia di fatto la professione, per orientarsi in un altro ambito).

Il *turnover* professionale corrisponde a quello che comunemente viene chiamato *abbandono* della professione infermieristica. Occorre precisare peraltro che tale abbandono può essere temporaneo, in quanto può trattarsi di un'interruzione per motivi diversi (spesso di ordine familiare) con una ripresa dopo alcuni o molti anni della professione infermieristica, o definitiva (per es. non rientro nel mondo del lavoro salariato, oppure orientamento verso altre professioni). Nelle nostre indagini utilizzeremo soprattutto il termine *interruzione* (temporanea o stabile) per riferirci a coloro che si trovano in una situazione di *turnover* professionale.

---

<sup>4</sup> Il tasso di *turnover* rappresenta la percentuale di dipendenti che lasciano un'organizzazione lavorativa durante un certo periodo di tempo (di solito durante un anno). Un tasso di *turnover* elevato significa molte uscite e molti arrivi. Un tasso di *turnover* basso si riferisce a una maggiore stabilità in termini di persone che lavorano in azienda, con poche uscite e pochi arrivi.



Infine, dal punto di vista dell'organizzazione si distingue tra *turnover funzionale* (quando i dipendenti che lasciano l'organizzazione hanno un basso livello di competenza, presente o potenziale) e *turnover disfunzionale* (quando i dipendenti che lasciano l'organizzazione hanno un alto livello presente o potenziale di competenza).

### 3.2.2 Turnover infermieristico e impatto sulle strutture sanitarie

Il fenomeno del *turnover* del personale infermieristico e della conseguente carenza di tale personale è conosciuto e studiato da moltissimi anni, a livello internazionale e nazionale. In tutto il mondo, è un fenomeno presente in misura superiore alle altre professioni (Gilmartin; 2013; Giroto *et al.* 2006; Hayes *et al.* 2006; Price & Mueller, 1981) e, per quanto riguarda la Svizzera, ha radici antiche, poiché già nel 1945 la Croce Rossa Svizzera (CRS) segnalava il fenomeno. All'epoca lo stesso era dovuto a fattori quali ad esempio la fuoriuscita del personale religioso dagli ospedali, l'abbandono precoce della professione (in media dopo soli cinque anni di attività) e l'incremento demografico (Bondallaz & Böhlen, 2016). In quel periodo si è fronteggiata tale problematica tramite soprattutto misure salariali e misure legate allo sviluppo delle formazioni nel settore (evoluzione dei titoli CRS).

Come risaputo, il turnover infermieristico può avere un impatto negativo a) sulla capacità di un'organizzazione sanitaria di soddisfare i bisogni dei pazienti e fornire un'assistenza di qualità e b) a livello delle unità infermieristiche poiché influisce sul morale e sulla produttività di coloro che da un lato rimangono a fornire le cure mentre i nuovi membri del personale vengono assunti, dall'altro si occupano dell'accompagnamento dei nuovi arrivati (Hayes *et al.*, 2006; Li & Jones, 2013). Questi elementi inducono dei costi significativi per le organizzazioni, sia in termini finanziari, sia in termini di perdita di competenze dei professionisti della salute che si sono allontanati (Hassard *et al.*, 2014; Li & Jones, 2013). Il turnover infermieristico è inoltre correlato a tassi significativi di assenteismo<sup>5</sup> e alla generazione di ulteriori dimissioni di colleghe e colleghi, a causa del peggioramento del clima di lavoro indotto dai numerosi cambiamenti nei gruppi di lavoro (Giroto *et al.* 2006; Hayes *et al.* 2006; Zúñiga *et al.* 2021).

### 3.2.3 Effettivi del personale sanitario e prospettive riguardo ai bisogni nel settore

Le dimensioni quantitative della penuria di personale sanitario e i bisogni che ne conseguono sono state oggetto nel corso degli anni di diversi studi a livello internazionale (e.g. Kroezen *et al.*, 2015) e nazionale (Dolder & Grünig, 2009 et 2016; Hahn *et al.*, 2013; Jaccard *et al.*, 2009; Lobsiger & Liechti, 2021; Merçay *et al.*, 2016). Nello studio nazionale più recente detto anche Obsan 3/21 (Merçay, Grünig et Dolder, 2021) per la prima volta i risultati relativi agli effettivi e al fabbisogno di professionisti del settore, nonché la discussione sulle misure per combattere la carenza di personale sanitario, sono oggetto di un rapporto congiunto tra l'Osservatorio svizzero della salute (Obsan), la Conferenza dei direttori cantonali della sanità (CDS) e l'organizzazione nazionale mantello per il mondo del lavoro sanitario (OdASanté).

Per quanto riguarda il Cantone Ticino, gli studi sugli effettivi e i bisogni del personale sanitario sono realizzati nel quadro delle attività dell'Osservatorio sulle formazioni e le prospettive professionali nel settore sociosanitario del cantone Ticino (DECS / DSS / SUPSI, 2018; Zanolli, 2020) nonché nelle indagini correlate alla Pianificazione integrata Ticino - Lanz.Lacd 2021-2030 (DSS / DASF / UACD, 2021) e ai dati raccolti per il progetto Pro San (Consiglio di Stato della Repubblica e Cantone Ticino, 2021). Ai dati recensiti per questo sotto capitolo si

---

<sup>5</sup> A cui si collegano anche i fenomeni di presentismo, ovvero il fatto che "ci si rechi al lavoro anche se malati" aspetto questo che induce ulteriori problemi, sia rispetto all'individuo che agisce in questo modo (rischio accresciuto per la propria salute), sia rispetto alla qualità delle cure.



aggiungono quelli direttamente inviatici nel 2021 dall'Ufficio Statistiche sanitarie del Cantone Ticino (USS-TI<sup>6</sup>).

Ricordiamo le seguenti distinzioni per la denominazione delle varie categorie di personale sanitario: a) personale di cura e accompagnamento nei diversi livelli di formazione infermieristica (terziario, secondario, altri); b) personale medico tecnico o medico terapeutico; c) personale medico di livello universitario (medici, farmacisti, etc.) (Merçay, Grünig et Dolder, 2021). Come detto, i dati considerati nell'insieme della presente indagine riguardano la categoria del personale di cura e accompagnamento ai diversi livelli di formazione e per le strutture sanitarie seguenti: ospedali e cliniche, strutture per persone anziane e servizi di cure a domicilio.

Sulla base della documentazione citata più sopra, presentiamo di seguito le categorie di indicatori selezionati. I dati si rifanno in prevalenza al 2019 e per ogni categoria sono indicati l'anno degli ultimi dati a disposizione e la valenza nazionale (CH) e/o cantonale (TI) degli stessi.

#### *Effettivi e caratteristiche del personale di cura e accompagnamento*

- Percentuali del personale attivo e ripartizione secondo il tipo di istituzione, il sesso e l'età (CH 2019, TI 2019)
- *Grade mix* o percentuale di ripartizione dei diversi livelli di formazione e origine della stessa (CH 2019, TI 2019)
- Percentuali di personale migrante compreso il personale frontaliero (CH 2019; TI 2019)
- Tassi di uscita dalla professione (CH, 2019)
- Evoluzione percentuale dei titoli rilasciati (CH 2019, TI, 2020)

#### *Prospettive riguardo ai bisogni di personale di cura e accompagnamento*

- Stime del fabbisogno (CH 2019-2029; TI 2019-2029)

### **3.2.3.1 Effettivi e caratteristiche del personale di cura e accompagnamento<sup>7</sup>**

In media, in Svizzera, il personale di cura e accompagnamento rappresenta circa i tre quarti del personale sanitario non medico, anche se, con l'aumento tra il 2012 e il 2019 della quota del personale medico-terapeutico nelle diverse aree di cura, la quota del personale di cura e di accompagnamento ha registrato un calo complessivo di 0,6 punti percentuali.

Per quanto riguarda *gli effettivi del personale a livello nazionale*, nel 2019 le istituzioni sanitarie svizzere contavano 185'600 persone nel settore cure e accompagnamento (TI: 9'204<sup>8</sup>), con un aumento del 19% degli effettivi (+ 29'100) rispetto al 2012. La crescita degli effettivi è stata più pronunciata nella Svizzera tedesca (+17,9%) e in Ticino (+15,3%) rispetto alla Svizzera romanda (+9,1%). Circa la metà di queste persone era impiegata in ospedali e cliniche

---

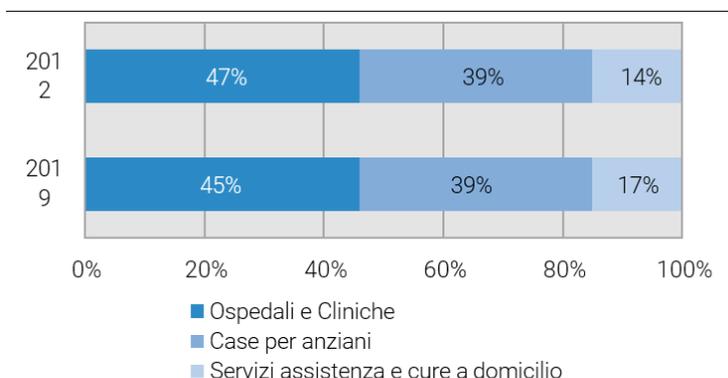
<sup>6</sup> Da notare che le statistiche ticinesi, diversamente da quelle nazionali, dal 2019 integrano nei propri censimenti, anche i dati relativi al personale sanitario attivo in Istituti per invalidi adulti finanziati alla gestione e Istituti per casi psicosociali, cosa che può generare differenze tra i dati delle statistiche cantonali e di quelle federali. In questo senso, per il documento presente, nel caso di indicazioni statistiche differenti, facciamo riferimento ai soli dati nazionali.

<sup>7</sup> Se non altrimenti indicato, le informazioni nazionali sono qui riprese dallo studio OBSAN 3/21 (Merçay, Grünig et Dolder, 2021), mentre quelle cantonali derivano dalle tabelle inviate nel 2021 dall'Ufficio Statistiche sanitarie del Cantone Ticino, oppure reperite sul sito web dell'ufficio stesso.

<sup>8</sup> USS-TI, 2019, Tabella A5-1

(45%), un terzo in case per anziani (39%) e il rimanente 17% presso servizi di assistenza e cura a domicilio (Tabella 2).

**Tabella 2. Ripartizione del personale di cura e accompagnamento per tipo di istituzione, 2012 e 2019** (Obsan 3/21, p. 11)



Fonti: UST – statistica ospedaliera (SO), statistica degli istituti medico-sociali (SOMED) e statistica dell’assistenza e cura a domicilio (SPITEX) © Obsan 2021

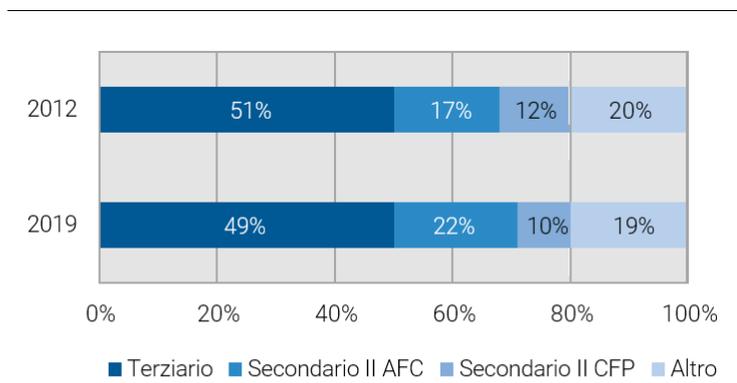
Peraltro, a livello cantonale per il 2019 la distribuzione del personale nelle strutture presenta delle percentuali che si discostano dai dati nazionali. Infatti, negli istituti ospedalieri si attesta una percentuale di poco più del 37%, mentre nelle Case per anziani è del 36% e nei servizi di cure a domicilio è di circa il 24% (USS-TI, 2019, Tabella A5-1), dunque con una percentuale più importante di detto personale nei servizi domiciliari.

Per quanto riguarda le *percentuali relative al sesso*, a livello nazionale nel 2019 la percentuale femminile è dell’83%, mentre per il Ticino è inferiore (74.6%). Questa presenza maggiore di personale maschile in Ticino è in parte correlata alla maggiore presenza maschile tra il personale frontaliere. Riguardo *all’età*, le statistiche dell’evoluzione nel corso degli anni, mostrano da un lato un fenomeno di ringiovanimento del personale, con un aumento di persone che si situano nella fascia di età inferiore ai 35 anni (dovuta alla progressiva maggior presenza di professionisti con titolo AFC o CFP) e dall’altro un aumento del personale che supera i 55 anni.

Per quanto riguarda, *la composizione per livello di formazione o Grade Mix*, a livello svizzero, la stessa si attestava per il 49% di persone con diploma di livello terziario, per il 22% da persone con diploma di livello secondario II con attestato federale di capacità (AFC), per il 10% da persone con diploma di livello secondario II con certificato federale di formazione pratica (CFP) e per il 19% da persone senza diploma di formazione formale (Tabella 3).

Da notare che negli ospedali e nelle cliniche il personale di cura è composto per il 70% da persone in possesso di un titolo di livello terziario, mentre la quota corrispondente per i servizi di assistenza e cura a domicilio e le case per anziani è rispettivamente del 42 e del 28%. Inoltre, la quota del personale di livello secondario II con certificato federale di capacità (CFC) passa, tra il 2012 e il 2019, dal 9,1% al 13,6% sull’insieme dell’organico. Queste persone tendono a sostituire il personale meno qualificato (-3,6 punti percentuali) e, in misura minore, i curanti di livello terziario (-1,0 punti percentuali).

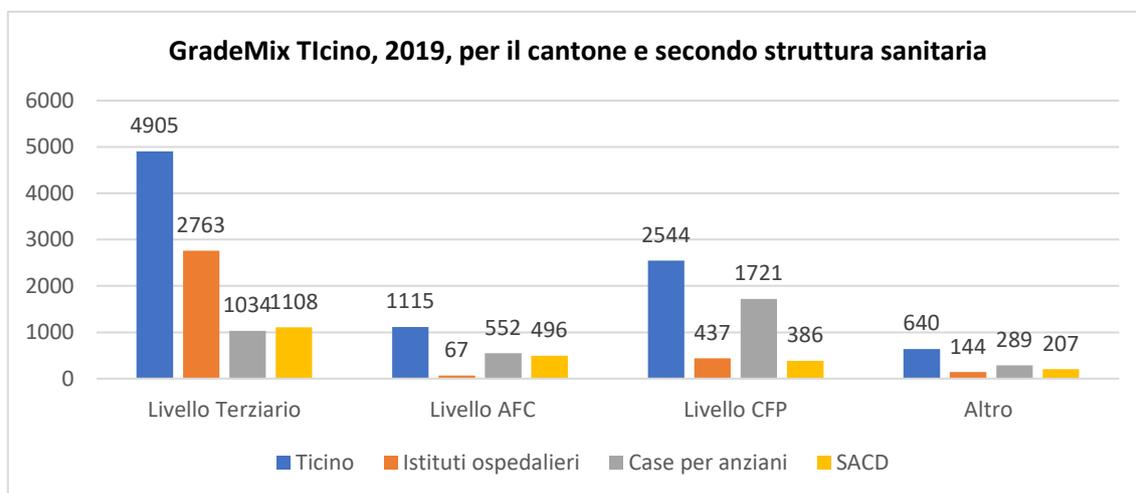
**Tabella 3. Ripartizione del personale di cura e accompagnamento per livello di formazione, 2012 e 2019 (Obsan 3/21, p.12)**



Fonti: UST – statistica ospedaliera (SO), statistica degli istituti medico-sociali (SOMED) e statistica dell’assistenza e cura a domicilio (SPITEX)  
© Obsan 2021

A livello cantonale, il Grade mix per la totalità delle strutture sanitarie si caratterizza per un 53% di professionisti di livello terziario, seguiti da un 28% di livello secondario AFC, e del 12 % di livello secondario CFP e infine il 7 % di personale che non possiede titoli nel settore o ha titoli di grado inferiore. Queste percentuali, peraltro, si differenziano notevolmente secondo il tipo di struttura sanitaria considerata, come segnalato per i dati a livello nazionale (Tabella 4).

**Tabella 4. Distribuzione dei livelli di titoli nelle strutture sanitarie ticinesi<sup>9</sup>**



Per quanto riguarda *l’origine dei diplomi* del personale attivo, si rileva che, a livello nazionale nel 2019 il 31 % dei curanti era in possesso di un titolo straniero di livello terziario, di cui poco più del 22 % in Svizzera tedesca, il 50% nella svizzera romanda e quasi il 33 % nella Svizzera Italiana.

<sup>9</sup> Dati estrapolati da USS-TI, 2019, Tabella A5-1.

L'evoluzione *del saldo migratorio* (ovvero del bilancio tra gli arrivi e le partenze di personale straniero) dopo un rialzo significativo nel 2011, mostra una progressiva diminuzione dello stesso a livello nazionale, sia considerandone la totalità, sia per quanto riguarda l'evoluzione del personale frontaliere (Tabella 5).

**Tabella 5. Statistiche dei professionisti delle cure, stranieri dal 2009 al 2019** (Obsan 3/21, p. 60)

G 8.1 Professionnels des soins étrangers: Entrées, sorties et solde migratoire, selon le type de séjour, de 2009 à 2019



Source: SEM – Système d'information central sur les migrations (SYMIC)

© Obsan 2021

A livello cantonale, nel 2019 *i frontaliere* rappresentavano il 25.8% dei curanti, di cui gli infermieri erano il 35%, mentre gli altri curanti il 14%. La percentuale di frontaliere, dopo la forte accelerazione durante gli anni 2000-2003, e la fase di relativa stabilità durata fino al 2012, ha iniziato a diminuire dal 2013. Allo stesso tempo, si rileva l'ancora scarsa propensione degli uomini svizzeri a lavorare in una professione delle cure: per un uomo svizzero impiegato nelle cure si trovano 4,6 donne (e nel 1995 il rapporto era di uno a 10), mentre tra gli stranieri per un uomo nelle cure si contano 2,8 donne (USS-TI, 2019, Tabella A7-4),

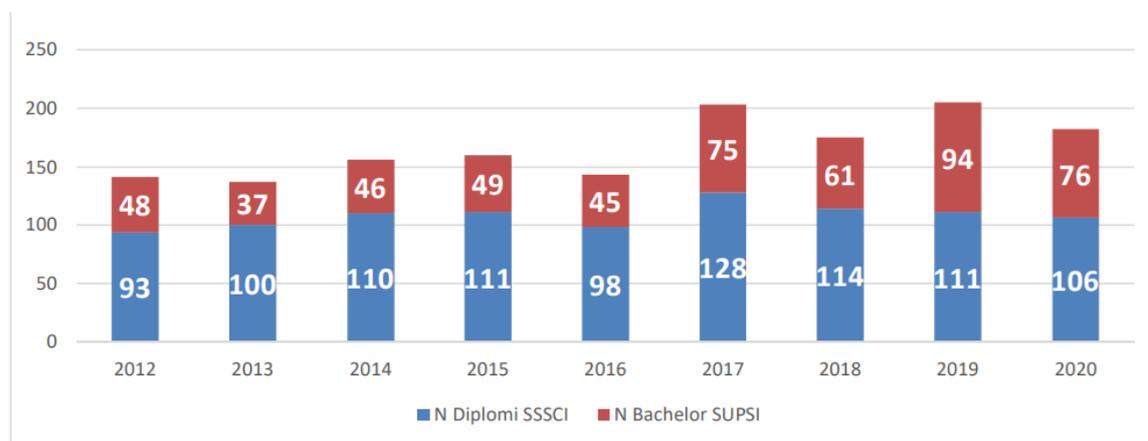
Per quanto riguarda *i tassi di uscita dalla professione*, il rapporto Obsan 01/201 (Lobsiger & Liechti, 2021) segnala che una percentuale importante del personale qualificato nel settore sanitario abbandona la propria professione nel corso della vita attiva. Negli «abbandoni della professione» sono conteggiate le persone formate in una professione sanitaria che, temporaneamente o definitivamente, non esercitano più alcuna attività professionale (uscita dalla vita attiva), quelle che non svolgono più tale professione (cambio di professione) e quelle che non esercitano più la loro professione nel settore sanitario (cambio del ramo di attività). Anche i professionisti del livello secondario II che intraprendono una formazione di livello terziario e non sono più attivi professionalmente durante questo periodo rientrano negli abbandoni della professione. Tra le diverse professioni sanitarie si rilevano differenze. Per esempio, tra i medici il tasso di abbandono si situa al 30 per cento mentre tra il personale infermieristico del livello terziario, il personale curante del livello secondario II e gli assistenti di studio medico (ASM) il tasso di abbandono supera il 40 per cento.

Infine, rispetto all'*evoluzione percentuale dei titoli infermieristici rilasciati*, su scala nazionale e a tutti i livelli di formazione, tra il 2012 e il 2019, il numero di diplomati nel campo delle cure e accompagnamento è aumentato costantemente. Per la formazione infermieristica di livello terziario, si è passati da 1.813 a 2.992 diplomati e, in particolare, si è visto un importante

incremento a livello delle Scuole specializzate superiori (SSS), che nel 2019 rappresentano il 65% dei titoli. Al livello secondario II, si sono raggiunti nel 2019 i 4.525 diplomati con titolo CFC di Operatore socio sanitario, (+34% dal 2012). Altri titoli nel settore delle cure di livello CFP sono egualmente aumentati.

Per quanto riguarda il Cantone Ticino, l'evoluzione dei diplomati di livello terziario (SSS e SUPSI) è presentata nel messaggio riguardante il piano d'azione Pro San (Tabella 6). Dalla stessa si rileva l'incremento del numero di diplomati rispetto al 2012.

**Tabella 6. Evoluzione 2012-2020 diplomi SSS e bachelor SUPSI, rilasciati in cure infermieristiche in Ticino** (Consiglio di Stato della Repubblica e Cantone Ticino, 2021, p. 12).



Fonte Ufficio federale di statistica, per 2020 dati SSSCI e SUPSI

### 3.2.3.2 Prospettive riguardo ai bisogni di personale delle cure e accompagnamento<sup>10</sup>

In generale, il calcolo del futuro fabbisogno di personale sanitario si basa sulle proiezioni dell'Obsan in merito al futuro utilizzo delle cure. Queste proiezioni sono fatte sia per il settore ospedaliero che per le cure di lunga durata. Per ciascuno di questi ambiti, viene definito un indicatore di "presa a carico" (n° infermieri / n° di casi di persone necessitanti di cure e accompagnamento) sulla base dei dati del 2019. Postulando una coerenza di questi indicatori di cura nel tempo (così come altri parametri) possono essere dedotti i bisogni futuri di personale infermieristico. Qualunque sia l'ambito di cura, il modello di proiezione si basa sui tre tipi di scenario dell'evoluzione della popolazione dei cantoni elaborati dall'UST<sup>11</sup> per il periodo 2020-2050. Per il primo, o *scenario di riferimento* si postula un'evoluzione della popolazione del 6.2% entro il 2035, per il secondo, o *scenario "alto"* l'evoluzione possibile è del 9.1 %, mentre per il terzo, o scenario "basso, l'evoluzione prevista è del 3.1%, sempre entro il 2035.

I dati che presenteremo di seguito si rifanno alle prospettive basate sullo scenario di riferimento, considerando sia l'aumento del fabbisogno in relazione all'evoluzione della popolazione, sia l'esigenza di sostituire il personale che lascia la professione, per pensionamento o per interruzione precoce.

In termini generali, si prevede entro il 2029 a livello nazionale una copertura del 67% per il personale di cura e accompagnamento con diploma di livello terziario (dunque un fabbisogno supplementare del 33%) e dell'80% per il personale di cura e accompagnamento con diploma di

<sup>10</sup> Se non altrimenti segnalato, i dati di questa parte sono ripresi dal Rapporto Obsan 03/21 ((Merçay, Grünig et Dolder, 2021).

<sup>11</sup> <https://www.bfs.admin.ch/asset/it/je-i-01.03.02.03>

livello secondario II (che fa presumere un bisogno supplementare del 20%). In questo senso, la lacuna tra il nuovo personale disponibile e il fabbisogno stimati da qui al 2029 è ancora grande

Più in dettaglio, sempre a livello nazionale, per quanto riguarda *l'aumento del fabbisogno*, partendo da un personale di cura e accompagnamento che nel 2019 si attestava a 185 600 persone, secondo lo scenario di riferimento nel 2029 il fabbisogno potrebbe passare a 222 100 persone. Ciò corrisponde a un fabbisogno supplementare di 36 500 persone: 15 900 facenti parte del personale di cura con diploma di livello terziario, 12 600 rientranti nel personale di cura e accompagnamento con diploma di livello secondario II e 8000 senza titolo di formazione formale. Queste proiezioni, che non prevedono trasferimenti tra i diversi tipi di presa in carico, stimano un aumento del 14% del fabbisogno di personale in ambito ospedaliero, del 26% nelle case per anziani e del 19% nei servizi di assistenza e cura a domicilio.

Rispetto al *bisogno di sostituzione*, per il personale con diploma di livello terziario, il calcolo tiene conto dei pensionamenti e delle interruzioni precoci del percorso professionale. Globalmente, nel periodo 2019–2029 le stime prevedono che dovranno essere sostituite 27 500 persone facenti parte del personale di cura con diploma di livello terziario. Per il personale con diploma di livello secondario II, il calcolo del bisogno di sostituzione tiene conto soltanto dei pensionamenti e della sostituzione delle persone in formazione nelle case per anziani medicalizzate. Tra il 2019 e il 2029 si stima che dovranno essere sostituite 14 500 persone con diploma di livello secondario II.

Segnaliamo che per il personale infermieristico di livello terziario le previsioni rispetto alle uscite precoci dalla professione possono essere stabilite fondandosi su quanto emerso da una indagine strutturale che ha rilevato i tassi di uscita per il periodo 2016-2018 (Tabella 7). La media, escludendo le persone di più di 65 anni, supera il 38 % ma a livello previsionale, nello scenario “alto” (terza colonna della Tabella 7) la stessa potrebbe superare il 44%.

**Tabella 7. Tasso di uscita dalla professione di curante, di grado terziario, per classe d'età, in percentuale, 2016-2018** (Obsan, 03/2021, p. 23).

	Taux de sortie de la profession		
	Valeur moyenne	IC (95%)	
20–24 ans	36,0%	32,2%	39,8%
25–29 ans	27,2%	24,7%	29,7%
30–34 ans	34,5%	32,0%	37,0%
35–39 ans	42,0%	39,5%	44,5%
40–44 ans	42,7%	40,2%	45,2%
45–49 ans	10,9%	38,5%	43,3%
50–54 ans	39,8%	37,6%	42,0%
55–59 ans	47,3%	45,1%	49,55
60–64 ans	65,1%	62,8%	67,4%
65+ ans	98,6%	98,2%	99,0%

Source: OFS – Relevé structurel 2016-2018 (analyse Bureau BSS)

© Obsan 2021

Per quanto riguarda il Cantone Ticino, lo studio “Fabbisogno di personali curante in Ticino: scenari 2030, presenta diversi scenari declinati sul settore ospedaliero, case per anziani e servizi cure a domicilio (SACD). Lo stesso indica che nel 2030 in Ticino vi sarà un fabbisogno complessivo di oltre 10'300 professionisti e professioniste nelle cure, 2'700 in più rispetto al 2015 (Consiglio di Stato della Repubblica e Cantone Ticino, 2021, p. 12).



Rispetto alle possibilità di colmare tale fabbisogno, una risorsa viene dall'indagine sull'evoluzione dei Percorsi nelle formazioni socio-sanitarie in Ticino (Zanolla, 2020). Questo studio ha analizzato i percorsi formativi di base dei giovani residenti nelle professioni sociosanitarie sia finalizzate a un AFC nel settore sanitario, sia nelle maturità professionali e specializzate. Lo studio presenta anche un'analisi longitudinale dei percorsi formativi di 5 coorti di allievi a partire dalla fine della IV media fino al conseguimento di un titolo terziario sanitario, con un approfondimento nella formazione in cure infermieristiche. In particolare, lo studio della coorte in IV media nell'anno scolastico 2008/2009 (2'904 allievi) ha evidenziato che, dopo una formazione professionale di base o una maturità, 190 giovani hanno iniziato una formazione terziaria in cure infermieristiche e di questi 126 si sono diplomati entro il 2019. Su questa base, e ipotizzando un obiettivo annuo di 250 nuovi/e infermieri/e con l'attuale tasso di interruzioni di formazione, sarebbe necessario che un numero di persone pari al doppio di quello della coorte in questione inizi una formazione infermieristica (Consiglio di Stato della Repubblica e Cantone Ticino, 2021; Zanolla, 2020).

Occorre ricordare infine, che le preoccupazioni per la carenza di personale infermieristico nel settore sanitario si sono accresciute in seguito alla pandemia Covid-19, che sta inducendo un aumento preoccupante degli abbandoni della professione a livello mondiale (ICN, 2021; Lobsiger & Liechti, 2021; SBK-ASI, 2022, WHO, 2020, OMS, 2021). L'International Council of Nursing, infatti, segnala che a causa dell'attuale carenza di personale infermieristico, dell'invecchiamento della forza lavoro e dell'effetto COVID-19, saranno necessari fino a 13 milioni d'infermieri per affrontare la carenza mondiale di personale infermieristico nel prossimo decennio, ossia quasi la metà degli effettivi attuali (ICN, 2021). Per la Svizzera, l'associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri segnala che vi erano, nei primi mesi 2022, ben 13.255 posti di lavoro vacanti, quasi 1000 in più rispetto alla fine del 2021: «Cela signifie que chaque mois, plus de 300 soignants de plus accrochent leur blouse, épuisés et frustrés, alors qu'ils aiment leur métier» (SBK-ASI, 2022, p.1).

### **3.2.4 Fattori che incidono sulla penuria di personale infermieristico**

Come segnalato nei capitoli precedenti, la penuria di personale infermieristico si caratterizza da un lato con l'accresciuto bisogno di prestazioni in questo ambito, di modo che il naturale ricambio generazionale non permette di colmare il divario tra bisogni di effettivi e numero di professioniste e professionisti a disposizione, dall'altro con la breve durata degli anni di attività di infermiere e infermieri nella loro professione, stimata in Svizzera a 15 anni. I fattori di influenza di questi aspetti possono essere distinti in due categorie principali: a) Megatrend<sup>12</sup> e tendenze che interessano l'evoluzione della società e in particolare il settore sanitario e b) fattori legati alla soddisfazione lavorativa e al benessere del personale.

#### **3.2.4.1 Megatrend e tendenze nel settore della salute**

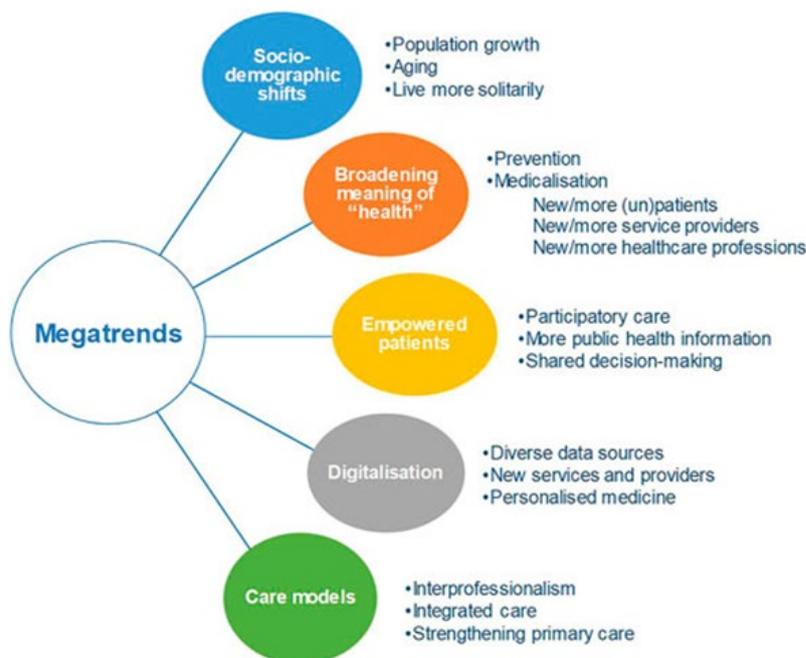
Differenziamo i megatrend e le tendenze che interessano in generale il settore della salute da quelli più specificamente correlati alla penuria di personale infermieristico. Per quelli

---

<sup>12</sup> Ovvero cambiamenti attivi da molto tempo e difficilmente modificabili, descrivibili da più variabili coerenti e sorretti da numerosi indizi di carattere quantitativo e qualitativo, che promettono di durare a lungo (da alcuni decenni a intere generazioni). I trend (o tendenze) hanno invece meno indizi di carattere quantitativo, non hanno una traiettoria predeterminata perché possono rafforzarsi, indebolirsi o scomparire. Come i megatrend sono però cambiamenti che hanno o avranno la possibilità di influenzare un'attività, un settore, un'organizzazione, ecc. indipendentemente da variazioni accidentali, stagionali o di altro tipo (adattato da: <https://news.skopia-anticipation.it/blog/come-trasformare-rischi-in-opportunita>)

generali riprendiamo quanto indicato dallo studio “Smarter Health Care<sup>13</sup>” per il Programma 74 del Fondo nazionale svizzero (Deml *et al.* 2022) (Figura 1).

**Figura 1. Megatrend nel settore della salute** (Deml *et al.* 2022, p. 2)



Questi megatrend sono così categorizzati

- Cambiamenti socio-demografici, come l'invecchiamento della popolazione, i fenomeni migratori, l'occupazione e l'urbanizzazione di alcune regioni e le potenziali implicazioni di tutto questo per l'assistenza sanitaria.
- Ampliamento delle definizioni di “salute” e di “paziente”, che hanno ripercussioni sulla medicalizzazione della società e sulle opportunità per nuovi mercati della sanità.
- Problemi dovuti ad un eccesso di informazioni spesso non affidabili (infodemia<sup>14</sup>) che si articolano con precedenti iniziative di promozione della salute e di salute pubblica che hanno incoraggiato i pazienti a essere informati, responsabilizzati e a partecipare al processo decisionale condiviso con i medici.
- La digitalizzazione nella sanità e le potenziali problematiche future, come l'uso dei dati raccolti, la privacy e l'interoperabilità.
- I cambiamenti nei modelli di cura e assistenza, come il maggiore uso di strumenti di comunicazione, modelli di assistenza innovativi, l'interprofessionalità e il rafforzamento delle strutture di assistenza primaria.

<sup>13</sup> Ripreso e adattato dal testo in inglese di Deml *et al.* 2022

<sup>14</sup> Un'infodemia è troppa informazione, comprese informazioni false o fuorvianti in ambienti digitali e fisici durante un'epidemia di malattia ([https://www.who.int/health-topics/infodemic#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/infodemic#tab=tab_1) )



All'interno di questo quadro si inseriscono sei scenari di tendenza, descritti dal progetto "Titoli di formazione nelle cure e nell'accompagnamento" (Leumann & Trede, 2022) e indicati di seguito<sup>15</sup>:

- La svolta ambulatoriale, con un incremento del trasferimento delle prestazioni sanitarie dal ricovero all'ambulatoriale e l'estensione delle offerte assistenziali integrate e intermedie
- Una maggiore consapevolezza nella popolazione sulla propria salute, associata a una maggiore diversità e distribuzione ineguale delle risorse e dei rischi legati alla salute e alle malattie
- Un aumento del bisogno di autodeterminazione e personalizzazione della salute, associato a una maggiore assistenza per le persone con malattie croniche, disabilità o età avanzata.
- L'intensificarsi dello scambio di informazioni attraverso strumenti digitali e l'uso dell'intelligenza artificiale nelle cure e l'accompagnamento centrati sul paziente
- La necessità di un maggiore sostegno rivolto ai familiari a causa del cambiamento demografico, sociale ed economico e dell'aumento dell'accompagnamento e delle cure ambulatoriali
- Il peggioramento delle minacce ambientali e la crescente domanda di sostenibilità nella società, nell'economia e nell'assistenza sanitaria

Questi diversi scenari definiscono un contesto non modificabile legato all'evoluzione sociale e assistenziale del nostro tempo (Poli, 2019) e hanno un impatto sull'accresciuto e diversificato bisogno di cure infermieristiche, considerando in particolare: a) l'invecchiamento della popolazione e l'aumento della domanda di assistenza a lungo termine, che non può essere soddisfatta dal ricambio intergenerazionale; b) i cambiamenti negli atteggiamenti della popolazione legati alle cure sanitarie e la crescente complessità delle patologie; c) l'aumento della complessità dei sistemi organizzativi di assistenza a causa della digitalizzazione e dei nuovi concetti di cura (Allen & Deloitte, 2021; Hahn *et al.*, 2013).

### **3.2.4.2 Fattori legati al benessere organizzativo e alla soddisfazione lavorativa**

Riprendiamo la definizione di benessere organizzativo proposta da Avallone e Bonaretti (2003, p. 42): "...insieme dei nuclei culturali, dei processi, delle pratiche organizzative che animano la dinamica della convivenza nei contesti di lavoro promuovendo, mantenendo e migliorando la qualità della vita e il grado di benessere fisico, psicologico e sociale delle comunità lavorative". In questo senso, la soddisfazione o insoddisfazione lavorativa sono prodotte da numerosi elementi che occorre considerare nella loro complessità, secondo una visione sistemica e multilivello, che tenga conto di variabili macro (lavorative, organizzative e nazionali) e micro (individuali e interpersonali) (Avallone e Bonaretti, 2003; Avallone e Paplomatas, 2005; Daouk-Öyry *et al.* 2014; Halter *et al.* 2017).

In termini generali, possiamo distinguere gli aspetti che incidono sulla soddisfazione lavorativa e su benessere organizzativo in tre macro componenti interdipendenti tra loro: strutturali, ergonomiche e psicosociali (Al Maqbali, 2015; Avallone & Bonaretti, 2003; Hahn *et al.*, 2013). Le componenti strutturali riguardano in generale il salario, gli orari e turni di lavoro, i benefit messi a disposizione (tra i quali per esempio gli asili nido o altre misure per favorire la conciliazione lavoro e vita privata) la struttura gerarchica e la definizione di ruoli e funzioni nell'organizzazione, nonché gli aspetti contrattuali riguardanti le modalità di assunzione; le

---

<sup>15</sup> Ripresi e adattati dal testo in francese di Leumann & Trede, 2022.

componenti ergonomiche sono collegabili alla qualità - in termini di impatto sulla salute - di ambienti, strumenti e processi di lavoro, nonché al carico di lavoro richiesto. Infine, le (molteplici) componenti psicosociali riguardano per esempio il clima e la cultura organizzativa, gli stili di leadership, la possibilità di evoluzione di carriera e di formazione, gli spazi di autonomia e di partecipazione, nonché il riconoscimento e la valorizzazione delle competenze (e.g. Avalone e Paplomatas, 2005). In questo senso, occorre ripensare sia il ruolo di guida e coordinamento di chi dirige, sia i requisiti di chi è chiamato a muoversi nei team operativi, in posizione di “*follower*”, considerando la complessa relazione tra le funzioni di *management*, e in particolare di *middle management*, e i comportamenti di chi opera in team, dando vita ad un ripensamento della leadership come cura delle relazioni (Cattani *et al.*, 2022).

In modo più specifico, le pratiche volte a favorire il benessere organizzativo possono essere analizzate ulteriormente secondo un *framework* specifico, strutturato in sette categorie di analisi (tabella 8), elaborato nel quadro dell’indagine RelPlus<sup>16</sup>, svolta in parallelo al presente studio (Cattani *et al.*, 2022). La prima categoria è riferibile alla macro componente strutturale, la seconda alla macro-componente ergonomica, mentre le successive sono tutte riferite principalmente alla macro componente psicosociale (tra parentesi gli autori di riferimento per ogni categoria indicata):

**Tabella 8. Categorie di analisi delle pratiche volte a favorire il benessere organizzativo** (riprese da Cattani *et al.*, 2022)

1. Riconoscimento in termini economici: remunerazione, compensazioni, vacanze, bonus (Grawitch, Gottschalk e Munz, 2007)
2. Salute e sicurezza (Grawitch, Gottschalk e Munz, 2007)
3. Coinvolgimento di lavoratori e lavoratrici (Grawitch, Gottschalk e Munz, 2007)
4. Crescita e sviluppo di lavoratori e lavoratrici (Grawitch, Gottschalk e Munz, 2007) e Job design (Salanova e Schaufeli, 2009)
5. Equilibrio tra vita privata e vita lavorativa (Grawitch, Gottschalk e Munz, 2007)
6. Rapporti sociali positivi (Salanova e Schaufeli, 2009)
7. Benessere e qualità dei servizi e delle relazioni con stakeholders (Robertson e Tinline, 2008)

Ognuna di queste aree di intervento è da considerarsi in stretta interdipendenza con le altre. Per esempio, per coinvolgere i lavoratori e le lavoratrici nei processi di sviluppo della pratica professionale o nei processi decisionali occorre promuovere un approccio partecipativo all’interno dell’organizzazione. Questo aspetto è in stretta relazione allo sviluppo di rapporti sociali positivi all’interno di un ambiente di lavoro, che sono promossi da uno stile di leadership ben preciso. Dunque, l’area legata al coinvolgimento di lavoratori e lavoratrici e allo sviluppo di dinamiche partecipative non può e non deve essere scissa da quella legata ai rapporti sociali

---

<sup>16</sup> L’indagine RelPlus (Cattani, Bednarz, Salini, Alberton, 2022) riguarda la proposta formativa “RelPlus - Relazioni interpersonali positive” (facente parte delle misure del servizio cantonale LINEA), rivolta a funzionari dirigenti e alcuni collaboratori degli istituti scolastici ticinesi. RelPlus è stato analizzato al fine di individuare caratteristiche, punti di forza o criticità, esplorare buone pratiche in altri settori professionali, in particolare il settore sanitario e infine identificare degli elementi di sviluppo e di trasferibilità.



positivi e a determinati orientamenti relazionali all'interno dell'organizzazione (Cattani *et al.*, 2022).

### **3.2.4.3 Progetti e studi nazionali recenti riferiti al benessere organizzativo**

Alcuni progetti e studi recenti su questo tema, ci permettono di meglio descrivere la situazione nazionale e cantonale riguardo ai fattori che incidono sulla penuria del personale infermieristico e sui mezzi per contrastarla.

Lo studio [SHURP 2018](#) (Swiss Nursing Homes Human Resources Project) **“Personnel et qualité des soins dans les établissements médicosociaux (EMS) en Suisse alémanique et en Suisse romande”** è uno studio longitudinale condotto per la seconda volta dall'Istituto di Scienze Infermieristiche dell'Università di Basilea per indagare esaustivamente sulla qualità delle cure e sulla situazione del personale nelle case per anziani della Svizzera (Università di Basilea, 2021; SHURP-2018, s.d). Esso esamina la relazione tra i seguenti fattori organizzativi: struttura del personale, prestazioni del personale, qualità dell'ambiente di lavoro e leadership. I risultati mostrano che, nonostante gli sforzi, le istituzioni per anziani sono fortemente limitate dalle condizioni attuali (ad esempio, risorse finanziarie, mercato delle risorse umane) e la pressione sta aumentando. Questo si riflette anche nei risultati del personale. Rispetto alla stessa indagine svolta nel 2013 un numero significativamente maggiore di personale indica mancanza di energia, disturbi del sonno e dolori alle articolazioni o agli arti. In questo senso, il personale infermieristico e di assistenza riporta più problemi di salute e maggiori intenzioni di lasciare il posto di lavoro.

L'indagine cantonale **“Il bullismo nel sistema sanitario ticinese: l'impatto sul benessere dei dipendenti e sull'organizzazione”** (De Barros Lima *et al.*, 2022). La ricerca mostra come l'esperienza d'aver subito bullismo durante la propria carriera professionale può portare le-i professionisti a riprodurre tale comportamento tra pari, considerandolo alla stregua di un rituale di passaggio. Gli aspetti di questo fenomeno comprendono l'isolamento dal gruppo e un sentimento di giudizio e calunnia da parte degli altri collaboratori. L'impatto del fenomeno sui professionisti comprende sintomi fisici, psicologici, lavorativi e sociali con ripercussioni sulla vita professionale e privata e sulla qualità dell'assistenza fornita. I risultati evidenziano l'importanza del ruolo di leadership come leva principale nella lotta e nella gestione del fenomeno all'interno delle istituzioni sanitarie.

Nell'ambito del **Competence Network Health Workforce (CNHW)**, rete istituzionale delle cinque scuole universitarie professionali svizzere con indirizzo sanità, volta a elaborare progetti e strategie per favorire il mantenimento del personale nelle professioni sanitarie (CNHW, 2021a), sono stati inoltre esplorati i seguenti studi:

**BerKaP** (Berufskarrieren Pflege) **“Carriere professionali in cure infermieristiche: uno studio longitudinale sul periodo successivo all'inserimento professionale di operatori sociosanitari e sul personale diplomato in cure infermieristiche”**. I risultati di questo studio condotto dalla Università di scienze applicate di Zurigo ([ZHAW](#)) in collaborazione con la SUFFP, indicano i fattori che scoraggiano il personale infermieristico a rimanere nella professione: difficoltà nel conciliare vita professionale e vita privata o familiare; aspettative disattese in relazione alle prospettive professionali; pesante carico di lavoro e sue conseguenze sulla vita privata e sulla salute; necessità di riconoscimento dell'assistenza infermieristica da parte del management e attraverso aumenti salariali e infine soluzioni per facilitare i ponti tra campi e livelli di formazione (Schaffert *et al.* 2021).

**STRAIN** –“*Work-related stress among health professionals in Switzerland*” è uno studio intervento di portata nazionale, volto a individuare e ridurre sul lungo termine i fattori di stress sul posto di lavoro e studiare le conseguenze sulla salute e sulla soddisfazione del personale specializzato nella professione sanitaria in Svizzera, considerando tutte le professioni sanitarie e infermieristiche, il personale medico e chi svolge professioni nell’ambito della medicina tecnica e terapeutica (per i risultati specifici al settore infermieristico vedere Peter *et al.*, 2021a). Condotto tra il 2017 e il 2021 dalla Scuola universitaria professionale di Berna, in collaborazione con la scuola universitaria professionale HES-SO della Svizzera occidentale e la scuola universitaria professionale SUPSI della Svizzera italiana lo studio di intervento ha individuato in primo luogo sette campi d’azione per ridurre lo stress lavorativo (Figura 2). Inoltre, lo studio ha elaborato una serie di raccomandazioni dettagliate all’indirizzo dei dirigenti delle strutture sanitarie, per migliorare le condizioni di lavoro (Peter *et al.*, 2021b), che riprenderemo nel capitolo relativo alle proposte per fronteggiare la penuria del personale.

**Figura 2. I sette campi d’azione individuati dal progetto STRAIN**



#### 3.2.4.4 Elementi ricorrenti negli studi esplorati

Oltre al rilevamento della specificità dei vari progetti e studi sopradescritti, la loro analisi trasversale ha permesso di identificare quattro fattori ricorrenti nella definizione delle condizioni che sono in gioco rispetto al tema del benessere organizzativo. Questi fattori sono stati categorizzati secondo lo schema interpretativo presentato alla tabella 8 (Cattani *et. al.*, 2022) e possono essere così sintetizzati (in ordine di priorità):

- conciliabilità tra lavoro e vita privata, in riferimento all’area d’intervento su *equilibrio tra vita privata e vita lavorativa*
- stili di leadership, in riferimento all’area d’intervento sui *rapporti sociali positivi*
- carico emozionale e fisico, in riferimento all’area d’intervento *salute e sicurezza*
- Possibilità di crescita professionale, in riferimento all’area d’intervento *crescita e sviluppo di lavoratori e lavoratrici*



Tramite questa prospettiva interpretativa è possibile evidenziare come le piste seguite dai progetti e studi analizzati siano orientate principalmente ad individuare problematiche e possibili interventi di tipo psico-sociale. Infatti, gli ambiti cui viene data maggiore importanza riguardano il tema della conciliabilità, gli stili di leadership e la possibilità di crescita professionale per lavoratrici e lavoratori. Il tema relativo al carico di lavoro suggerisce la necessità di interventi a livello ergonomico, secondo una prospettiva di promozione della salute e riduzione dei fattori di rischio. Lo sviluppo di questi fattori protettivi all'interno delle organizzazioni lavorative non può essere tuttavia sganciato da interventi di tipo psico-sociale. Questo ci permette di sottolineare la forte rilevanza della componente psico-sociale nella determinazione di ambienti di lavoro sani, fondati su un approccio al benessere e conforta i contributi derivati dalla ricerca sul campo, descritti al quarto capitolo.

### **3.2.5 Le proposte per fronteggiare la penuria di personale**

Gli elementi che abbiamo descritto nella sezione precedente influenzano l'attrattività della professione infermieristica e possono essere modificati da misure che si situano ai seguenti livelli (ICN, 2021; OMS, 2020, Merçay, Grünig et Dolder, 2021):

- a. aumentare l'immissione di partecipanti alle formazioni infermieristiche
- b. favorire la fidelizzazione e il benessere del personale
- c. promuovere il reinserimento lavorativo di coloro che si sono allontanati dalle strutture sanitarie.

Le misure volte a fronteggiare la carenza di effettivi riguardano dunque al contempo il rinforzo del numero di studenti del settore, il miglioramento dell'ambiente professionale e dell'immagine della professione stessa, così come la promozione di programmi di reinserimento professionale o di condizioni favorevoli per chi è verso fine carriera. In generale, le misure relative ai contesti professionali volte a contrastare gli abbandoni della professione hanno a che fare con una remunerazione adeguata, una maggiore flessibilità degli orari di lavoro e condizioni favorevoli per la conciliazione lavoro e famiglia, una maggiore autonomia e possibilità di partecipazione alle decisioni in ambito professionale, la promozione di prospettive di evoluzione e/o diversificazione di carriera, grazie a un maggiore perfezionamento professionale (DECS / DSS / SUPSI, 2018; Merçay et Grünig., 2016).

Per meglio identificare le possibilità di intervento in questo ambito, di seguito presentiamo quattro misure di tipo istituzionale e 15 "buone pratiche", distinte secondo i due ambiti d'azione del progetto Re care, resilienza e reinserimento. In particolare, 12 iniziative sono volte al miglioramento dell'ambiente professionale e 3 sono volte a favorire il reinserimento professionale nelle cure di lunga durata. Le proposte provengono dal contesto nazionale o cantonale e sono state attivate nell'arco degli ultimi dieci anni (2012-2022).

#### **3.2.5.1 Programmi d'intervento istituzionale**

**L'Osservatorio sulle professioni e prospettive professionali nel settore sociosanitario** del Cantone Ticino (DECS / DSS / SUPSI (2018) L'Osservatorio, istituito nel 2012, funge da piattaforma privilegiata di interscambio tra gli istituti di formazione nel campo sociosanitario e i servizi cantonali di coordinamento delle strutture e degli enti che offrono successivamente impiego professionale nel settore. Esso ha in particolare l'obiettivo di incrementare il personale formato residente e di migliorare le prospettive professionali in un settore in cui il fabbisogno è in crescita. Dopo le prime due fasi di attivazione, attualmente l'osservatorio persegue i seguenti scopi: l'aggiornamento del calcolo del fabbisogno di personale curante in Ticino; l'armonizzazione dei percorsi formativi; il coordinamento dei calendari scolastici, l'inventario delle basi legali che regolamentano i rapporti di lavoro degli allievi e la semplificazione della modulistica di valutazione degli



allievi; l'estensione dei posti di stage, la centralizzazione della loro gestione e l'implementazione di un sistema di incentivi (Consiglio di Stato della Repubblica e Cantone Ticino, 2021).

La [campagna d'immagine per le cure di lunga durata](#), attivata nel 2018 e lanciata tramite l'azione «Una carriera fatta di umanità nel 2022 da [ARTISET](#), [Spitex Svizzera](#) e [OdASanté](#) per contrastare l'imminente carenza di lavoratori qualificati nel settore. Le sue azioni sono volte sensibilizzare la popolazione rispetto al problema, tramite video, sito web e canali social per generare attenzione su questo importante tema nonché sulle possibilità di formazione nel settore (Formazione e perfezionamento professionale cure di lunga durata, s.d.). Nel 2022 inoltre è stata attivata l'azione volta a promuovere la riqualifica professionale nel settore (Riqualifica Professionale - Cure di lunga durata, 2022). La campagna deve contribuire ad attirare nel lungo periodo personale per le cure di lunga durata e creare maggiore consapevolezza riguardo alle questioni relative alle cure in questo settore. Secondo questa campagna, un maggior numero di professionisti a disposizione consente una migliore suddivisione dei compiti e dunque più tempo da dedicare ai singoli assistiti e ai rapporti interpersonali.

La [Pianificazione integrata Ticino – Lanz/Lacd 2021-2030](#) è il documento strategico di riferimento per il settore socio-sanitario elaborato dal Dipartimento sanità e socialità (DSS) del Cantone Ticino, dalla Divisione dell'azione sociale e delle famiglie (DASF) e dall'Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio (UACD) (DSS / DASF / UACD, 2021). Esso fissa l'ordine di priorità degli interventi per fornire risposte adeguate alle varie esigenze della popolazione nei seguenti settori: case per anziani, servizi che erogano assistenza e cura a domicilio, servizi di appoggio e aiuti diretti finalizzati al mantenimento a domicilio. Il documento identifica tre scenari che tengono conto della complementarità fra l'intervento stazionario e quello domiciliare, proponendo la soluzione intermedia che indirizza il settore verso un importante rafforzamento del mantenimento a domicilio e uno sviluppo contenuto del settore stazionario. Questa pianificazione non prevede misure specifiche per affrontare la penuria del personale poiché si rifà a quanto promosso dall'Osservatorio sulle professioni e prospettive professionali nel settore sociosanitario. D'altro canto, la strategia promossa fa da sfondo a un miglioramento globale della presa a carico delle persone anziane e di concerto a un miglioramento delle condizioni di lavoro delle e dei professionisti delle cure.

Il **piano d'azione [PRO SAN 2021-2024](#)** promosso dal Consiglio di Stato, per il rafforzamento della formazione professionale nel settore sociosanitario nel Cantone Ticino (Consiglio di Stato della Repubblica e Cantone Ticino, 2021). Con questo piano, si intende sostenere la formazione professionale nel settore sociosanitario messo a dura prova dalla pandemia. Tre sono gli ambiti di azione prioritari. Il primo, di ordine finanziario a sostegno di allieve e allievi durante la formazione, prevede la messa in atto di due misure, l'allineamento e adeguamento delle indennità agli allievi SSS e SUPSI e l'introduzione di un nuovo assegno di formazione terziaria che prevede per gli allievi del settore sociosanitario la copertura del minimo vitale durante la formazione nel caso in cui vi fosse un fabbisogno scoperto. Il secondo, di ordine organizzativo e strategico, prevede l'entrata in funzione dell'unità di coordinamento stage sociosanitari (UCSS), dell'obbligo a formare per gli enti sociosanitari e l'introduzione di un riconoscimento finanziario agli enti formativi sul modello di quanto già oggi sperimentato dall'Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio (UACD) per le case per anziani e servizi di cura a domicilio e l'ampliamento dell'attuale Centro di simulazione situato al Centro professionale sociosanitario medico tecnico di Lugano. Il terzo ambito prevede il consolidamento e la promozione dei progetti e delle misure già in corso nelle unità amministrative e negli enti sociosanitari per favorire il mantenimento il più a lungo possibile nella professione o il rientro nel circuito di persone che hanno lasciato per diverse ragioni.

[La campagna del Consiglio federale](#) per dare seguito all'approvazione dell'Iniziativa popolare «[Per cure infermieristiche forti](#)» (Consiglio Federale, 2021). Al fine di contrastare la carenza di



personale infermieristico il Consiglio federale ha approvato, il 25 maggio 2022, un messaggio inteso a promuovere, nell'arco di otto anni la formazione in cure infermieristiche, stanziando fino a un miliardo di franchi. Inoltre, gli infermieri potranno fatturare determinate prestazioni direttamente alle assicurazioni sociali. Con queste misure si intende attuare rapidamente una parte importante dell'iniziativa sulle cure infermieristiche. Tramite questa misura, si sostengono finanziariamente ospedali, case di cura e organizzazioni di assistenza e cura a domicilio che partecipano alla formazione pratica di infermieri diplomati. In secondo luogo, se necessario, si sosterranno finanziariamente coloro che svolgono una formazione in cure infermieristiche presso una scuola universitaria professionale (SUP) o una scuola specializzata superiore (SSS). Infine, le SUP e le SSS riceveranno contributi per aumentare il numero di posti disponibili per la formazione.

### **3.2.5.2 Buone pratiche volte a favorire resilienza e fidelizzazione del personale**

Come anticipato, la raccolta e l'analisi di buone pratiche è stata rafforzata dall'articolazione e interazione tra il progetto Re Care e l'indagine RelPlus descritta in precedenza (§ 3.2.4.2). In questa fase, l'indagine Re Care si intreccia in modo funzionale con il lavoro sviluppato nel contesto dell'indagine RelPlus (Cattani *et al.*, 2022). Questo da un lato ha permesso di arricchire l'esplorazione e l'analisi delle pratiche e dall'altro di ipotizzare spazi di trasferibilità del modello Linea – RelPlus verso il mondo sanitario, fornendo altresì risorse analitiche e documentazione utili allo sviluppo della terza azione di Re Care dedicata alla preparazione di un'azione formativa pilota sul "Benessere nel lavoro di cura" (DECS-DFP, 2019).

#### **Certificato Work-Family-Balance e Family Score**

Si tratta di una certificazione attivata da Pro Familia Svizzera (Pro Familia Schweiz, s.d.) per sostenere le aziende e le organizzazioni nello sviluppo della loro politica del personale e nell'implementare misure a favore alle famiglie. L'azienda o l'organizzazione ottengono la certificazione dimostrando un impegno concreto per l'orientamento familiare e per la stima dei dipendenti. Gli argomenti oggetto della certificazione comprendono la flessibilità inerente orario e luogo di lavoro, la parità di genere, i rapporti di lavoro appropriati alle esigenze personali e all'età, le pause per interruzioni genitoriali, nonché le interruzioni di carriera dovute ad altri fattori, e il sostegno nella cura di famigliari. di una politica del personale propensa alle famiglie. I primi a beneficiare dei vantaggi sono generalmente i dipendenti che hanno una responsabilità nei confronti di figli o che hanno persone a carico, poiché le misure contribuiscono a una maggiore autonomia lavorativa e a un migliore equilibrio tra vita professionale e vita privata.

#### **Delarose - Delivering E Learning Accreditation to Reduce Occupational Stress in Employment**

È un progetto europeo Leonardo Da Vinci (2013-2015), promosso dall'EASPD (Associazione europea dei fornitori di servizi per le persone con disabilità) in collaborazione con altri 10 partner (Mazza *et al.*, 2016). Il progetto mira al trasferimento dell'innovazione sulla base dei risultati del progetto ROSE (Reducing Occupational Stress in Employment) e in questo senso ha sviluppato un corso completamente online, in 3 lingue, con il quale i lavoratori e le lavoratrici del settore sanitario e sociale imparano a gestire lo stress lavorativo e acquisiscono dei crediti formativi ECTS e ECVET.

#### **Friendly Workspace**

Si tratta di un label che definisce lo standard di qualità svizzero per una gestione della salute in azienda (GSA) attuata in maniera sistematica (Friendly Work Space, s.d.). Le offerte aiutano a implementare e ottimizzare una gestione della salute sistematica nella propria organizzazione



tramite pratiche autovalutative (sondaggi online) validate da studi scientifici e pratiche in grado di rilevare i fattori di stress (*stressors*), le risorse e lo stato di salute del personale (benessere fisico, salute psichica nonché soddisfazione e atteggiamento verso il lavoro). Inoltre, sono previsti moduli di approfondimento e consulenza di specialisti esterni. Il progetto volge uno sguardo specifico alle cure di lunga durata poiché questi contesti sono particolarmente colpiti da disaffezione dalla professione. In questo contesto, la creazione di condizioni di lavoro sane e attraenti è fondamentale per attrarre e mantenere personale qualificato.

## **Il dispositivo formativo Atelier dei futuri**

Si tratta di un percorso formativo pilota, promosso nel quadro dell'azione 1 del progetto Re Care, (Salini, Furlanetto, Brunori, Alberton, 2022) che coniuga attività di apprendimento e attività di progettazione ed è basato su una metodologia innovativa e al contempo consolidata, promossa dalla cattedra Unesco dell'Università di Trento sui sistemi anticipanti e dall'agenzia formativa Skopja. La proposta, a carattere interprofessionale, è stata attivata in 6 strutture di cure di lunga durata (4 case per anziani e due servizi di cure a domicilio) a partire dall'autunno 2021. La gestione di questi atelier è stata affidata a docenti provenienti sia dalle strutture coinvolte, sia dalla Scuola specializzata superiore in cure infermieristiche, che hanno tutti seguito una formazione specifica di due anni sui metodi dell'anticipazione, presso la SUFFP di Lugano.

La finalità degli Atelier dei futuri è di favorire la riflessione, la resilienza, lo scambio e la progettualità a fronte delle esigenze delle cure e ai cambiamenti in atto nel settore della salute, considerando in particolare la situazione e le esigenze della propria struttura sanitaria. La metodologia di riferimento si fonda sugli esercizi di anticipazione e su pratiche di facilitazione volte a promuovere un clima propositivo e di fiducia tra le e i partecipanti. Questa proposta, non ancora giunta al termine, mostra una particolare efficacia per promuovere la progettazione e la ricerca di soluzioni pertinenti a fronte delle complessità di ciascuna struttura (Salini, Furlanetto, Brunori, Alberton, 2022).

## **Intercare**

Si tratta di un progetto di ricerca empirica svolto in 11 case per anziani (CPA) della Svizzera tedesca e mirato a ridurre i ricoveri evitabili, tramite un modello di cura interprofessionale e il rafforzamento della competenza geriatrica nelle case per anziani (Basinska et al. 2021; Intercare – Pflegegeleitete Vorsorgemodelle, s.d.). Il modello Intercare è basato sull'evidenza e su modelli svizzeri esistenti gestiti da infermieri specializzati. Il modello si basa sull'intervento di infermieri specializzati che lavorano come infermieri Intercare e sono assunti dalle CPA. L'obiettivo è quello di fornire competenze geriatriche interne e di potenziare il personale infermieristico all'interno delle strutture. La missione degli infermieri specializzati Intercare è di visitare regolarmente i reparti per rimanere a disposizione dei team di cura, per dimostrare il loro coinvolgimento nella cura clinica e per fornire supervisione e formazione continua, favorendo anche le relazioni interprofessionali.

## **Leadership trasformazionale**

Il concetto di leadership trasformazionale nasce alla fine degli anni Settanta del secolo scorso. Esso si fonda sulla convinzione che un leader può ottenere migliori risultati, migliorare il morale e la motivazione influenzando in maniera positiva il personale subordinato. Il ruolo del leader è quello di fungere da modello e ispirazione, creando le migliori condizioni perché le persone subordinate diano il meglio di sé e possano crescere. Questo approccio è applicato dall'Ente Ospedaliero Cantonale (EOC) ed è articolato a un modello di cure basate sulla relazione (CBR) nel quadro del Creative Health Care Management. Una delle dimensioni principali di questo modello riguarda il tema della leadership, sulla base del programma formativo LEO (Leading an



Empowered Organization) che permette ai partecipanti di acquisire strumenti pratici e strategie efficaci di conduzione. Questo permette al leader di esprimere sostegno, riconoscimento e valorizzazione verso i collaboratori e al contempo di orientare il personale alle cure verso il paziente (Biegger, 2016). L'*empowerment* è focalizzato soprattutto sulla dimensione relazionale, sulla creazione di un clima di lavoro basato sulla fiducia, sul rispetto reciproco, una comunicazione autentica e un sostegno costante e visibile.

## Servizio LINEA e percorso formativo RelPlus

Integriamo questo progetto, pur non direttamente attivo nel settore sanitario, in quanto proposta significativa in un contesto ad alto impatto relazionale, come quello del mondo insegnante e anche perché è citato esplicitamente nella domanda del progetto Re Care.

Linea è un servizio o Laboratorio per insegnanti e in generale per operatori del mondo scolastico. Attivo dal 2012 nel Cantone Ticino, è promosso dal Dipartimento dell'educazione, della cultura e dello sport (DECS) per il sostegno di docenti in difficoltà e la promozione del benessere (LINEA – DECS, s.d.). Il servizio prevede 14 misure di intervento interdipendenti e raggruppabili in 4 aree di azione: *Informazione, formazione e aggiornamento* (per offrire opportunità di riflessione sull'identità del docente e sulle competenze necessarie), *Supporto* (consulenti pedagogico-didattici e servizio psicologico), *Gestione risorse umane e mediazione dei conflitti* (miglioramento della qualità nella gestione delle risorse umane) e infine *Alternative professionali*.

Per l'ambito relativo al *Supporto* citiamo le iniziative seguenti: a) Laboratorio Tutor: rivolto a docenti neo-assunti con l'obiettivo di facilitare la transizione e l'inserimento lavorativo e promuovere una cultura collaborativa (Salini e Mäusli-Pellegatta, 2022); b) Sostegno psicologico: uno sportello di sostegno psicologico rivolto a docenti in difficoltà in un'ottica di prevenzione o gestione del burnout benessere (LINEA – DECS, s.d.).

Per l'ambito della Gestione delle risorse umane, sottolineiamo in particolare il percorso formativo **RelPlus**: un'offerta rivolta a dirigenti e docenti degli istituti scolastici di tutti gli ordini e settori con l'obiettivo di favorire e sviluppare relazioni interpersonali positive, in grado di prevenire situazioni di disagio e promuovere il benessere. Questo dispositivo è stato oggetto di un'analisi approfondita, al fine di individuarne le caratteristiche e gli elementi trasferibili in altri contesti (Cattani, Bednarz, Salini, Alberton, 2022). Infatti, come si legge in "Progetto Re Care: Ragioni, obiettivi e strategia del progetto" (DECS-DFP, 2019) è prevista la "preparazione di un'azione formativa pilota - Benessere nel lavoro di cura -, rivolta ai quadri dei vari servizi coinvolti ed elaborata con i partner, in interazione con l'Osservatorio cantonale delle professioni socio-sanitarie e il Dipartimento della sanità e della socialità (DSS). La preparazione potrà beneficiare dell'esperienza positiva acquisita grazie al progetto cantonale RelPlus rivolto ai docenti ticinesi confrontati con rischi di burnout e di gestione". A questo scopo, la citata indagine RelPlus ha permesso di analizzare il percorso formativo proposto e di identificarne delle piste di sviluppo, proponendo delle ipotesi di transfer ad altri settori professionali, in particolare verso il contesto sanitario.

## Men in Long-Term Care

Il progetto, promosso dalla BFH (Università delle Scienze applicate di Berna) mira a coinvolgere maggiormente gli uomini nelle professioni di cura come una delle strategie possibili contro la penuria del personale infermieristico (Mehr Männer in der Pflege! s.d.). Il progetto è il risultato di una ricerca sul tema della limitata presenza di uomini nel settore sanitario (Bennett, Torben-Nielsen & Berset, 2016a), che ha permesso tra l'altro l'elaborazione di una guida (in tedesco e francese) per favorire le pari opportunità per uomini e donne nelle cure di lunga durata (Bennett, Torben-Nielsen & Berset, 2016b).



## Organizzazione positiva e il ruolo del Chief Happiness Officer

Il modello dell'organizzazione positiva (Org+) e la Figura dello Chief Happiness Officer (CHO) promuovono: a) una trasformazione culturale, orientando l'organizzazione verso un proposito forte, ancorato a finalità collettive, capace di generare un impatto sociale, ecologico e di promozione del benessere; b) una leadership positiva, promossa a tutti i livelli dell'organizzazione; c) un coordinamento dei processi organizzativi: Il CHO sceglie, disegna e gestisce processi e pratiche congruenti con la strategia identificata, capaci di generare benessere e percezione di coerenza (Di Ciaccio, 2019).

## Practice Development in Nursing

Questa metodologia d'intervento nelle cure appare in modo esplicito verso la fine degli anni Novanta e si è sempre più precisata nel corso degli anni (Manley, 2016). Essa ha come obiettivo principale di sostenere lo sviluppo e l'espansione della conoscenza intorno a due assi principali: a) centralità della persona - cura e pratiche incentrate sulla persona (tra cui esperienza, sicurezza e qualità); b) culture incentrate sulla persona (tra cui sviluppo della forza lavoro e trasformazione del sistema) (Practice Development in Nursing, s.d; Ross, 2016).

Questo approccio investe nello sviluppo sistematico della pratica e della ricerca infermieristica per affrontare in modo proattivo i cambiamenti nelle cure sanitarie, nella valorizzazione del personale e nella creazione di una cultura che permetta il cambiamento, sostenga il personale infermieristico e nutra il loro sviluppo personale. Il Practice Development (PD) Network costituito dagli ospedali universitari di Basilea, Berna e Zurigo ha attivato un'offerta formativa che permette di implementare e valutare lo sviluppo della pratica. Tra i temi proposti dall'offerta formativa troviamo i seguenti:

- Acquisire familiarità con il concetto di sviluppo della pratica: valori e prove sottostanti per sostenere i processi e i risultati.
- Acquisire esperienza nell'applicazione di strumenti/metodi di sviluppo della pratica
- Sperimentare l'apprendimento attivo
- Partecipare attivamente al processo di apprendimento come approccio centrale all'efficacia professionale
- Praticare lo sviluppo di questo approccio nel proprio ruolo e sul posto di lavoro
- Sviluppare le proprie competenze nell'accompagnare i processi di sviluppo della pratica
- Riflettere sul proprio apprendimento in un ambiente complesso
- Approfondire i cambiamenti culturali e sviluppare la capacità di riconoscere i processi
- Promuovere e sviluppare la leadership
- Scoprire la propria creatività e incorporarla consapevolmente nei processi di apprendimento
- Conoscere i metodi di valutazione nello sviluppo della pratica
- Interagire con altri sviluppatori di pratiche
- Sperimentare e imparare i valori e i benefici che lo sviluppo della pratica porta sia ai pazienti sia alle organizzazioni.

## Raccomandazioni STRAIN

In riferimento al progetto STRAIN citato in precedenza, volto ad analizzare in primo luogo i fattori stressogeni per ogni livello di gestione, sono stati identificati gli aspetti chiave da implementare per ridurre lo stress sul posto di lavoro, la mancanza di risorse umane e le cattive condizioni di lavoro che possono influenzare la salute e la soddisfazione dei professionisti della salute (BFH, 2021). Si tratta di un insieme di raccomandazioni proposte ai dirigenti di strutture sanitarie, tramite due giornate di formazione in presenza seguite da un coaching sulla leadership presso il posto di



lavoro. La formazione in presenza comprende diverse parti interattive volte a promuovere il dialogo fra i dirigenti dei diversi profili professionali e di tutte le organizzazioni al fine di suscitare cambiamenti a livello organizzativo. In questo senso il progetto considera fondamentale l'azione dei dirigenti a tutti i livelli (*management* superiore, medio e inferiore).

Sintetizziamo di seguito quattro assi principali delle raccomandazioni, che riassumono gli elementi proposti in un documento particolarmente dettagliato (Peter *et al.*, 2021b).

1. *Requisiti sul lavoro*: stabilire un livello minimo di personale, determinare i risultati possibili da raggiungere in caso di mancanza di tempo o di personale, monitoraggio del carico di lavoro e ottimizzazione del personale, analisi e riduzione dei picchi di lavoro, ottimizzazione nell'introduzione di nuovi dipendenti e nell'inizio di carriera, sostegno dopo situazioni emotivamente stressanti, trattare l'aggressività sul posto di lavoro, promuovere l'attività fisica e il benessere sul posto di lavoro in termini ergonomici.
2. *Organizzazione e contenuto del lavoro*: creare opportunità di sviluppo professionale, di coinvolgimento e partecipazione del personale, ottimizzazione della remunerazione, promozione di relazioni interpersonali positive.
3. *Relazioni sociali e Leadership*: chiarezza dei ruoli e impiego basato sulle competenze, ottimizzazione del profilo professionale dei dipendenti, definizione chiara dei flussi di lavoro e dei processi, gestione dei conflitti di ruolo, trasparenza, cultura del feedback e dell'errore, coinvolgimento dei dipendenti, supporto e posizionamento chiaro, sostegno ai nuovi leader, clima di lavoro basato sulla cooperazione, comunicazione aperta e trasparente, competenza sociale, team building, interprofessionalità.
4. *Equilibrio tra lavoro e vita privata*: rispetto dei tempi di pausa e di riposo, vacanze e congedi non retribuiti, modelli di lavoro flessibili, ecc.

Il progetto STRAIN proseguirà con la seconda edizione, rinominata STRAIN 2.0, che offre a tutte le organizzazioni interessate la possibilità di analizzare su base annuale i fattori di stress sul posto di lavoro e le conseguenze a lungo termine che ne derivano su tutte le professioni sanitarie.

### [Swiss Learning Health System \(SLHS\)](#)

È un progetto svizzero che coinvolge sette istituti universitari distribuiti su vari Cantoni. In un sistema sanitario "che impara" (Learning Health System, LHS) l'agenda di ricerca viene sviluppata in modo collaborativo, per garantire che risponda alle effettive esigenze del sistema e per facilitare il flusso di informazioni tra ricerca, politica e prassi. In tal modo, gli LHS promuovono una politica sanitaria basata sulle evidenze e danno vita a un processo di apprendimento continuo, in grado di dare risposte efficaci alle esigenze del sistema sanitario (Platform for Health systems and services Research | SLHS, s.d.). Questo, a sua volta, instaura una cultura basata sulla condivisione delle responsabilità, basata su una piattaforma di apprendimento che riunisce tutte le istanze coinvolte – pazienti, operatori sanitari, assicuratori, ricercatori e responsabili politici – con il comune obiettivo di rafforzare il sistema, migliorare la salute della popolazione e, in ultima analisi, ottimizzare il rapporto costi/prestazioni dell'assistenza sanitaria. L'obiettivo del progetto SLHS consiste nel promuovere il dialogo tra i diversi stakeholder, al fine di sviluppare e ottimizzare costantemente soluzioni basate sulle evidenze scientifiche, per le sfide attuali e future del sistema sanitario.



### **3.2.5.3 Buone pratiche volte a favorire il reinserimento professionale**

Le proposte seguenti sono state selezionate in quanto focalizzate esplicitamente sul reinserimento professionale e la formazione per le cure di lunga durata (in coerenza col progetto Re Care):

#### **[Corso di aggiornamento delle conoscenze per infermieri/e diplomati/e dell'HES-SO Valais/Wallis](#)**

Il corso è promosso dalla HES-SO Valais-Wallis *Haute Ecole de Santé* (HES-SO – Wallis-Valais, 2022). In questo contesto, grazie al Dipartimento dell'economia e della formazione del Cantone del Vallese, il sostegno della Segreteria di Stato per la formazione, la ricerca e l'innovazione (SEFRI) e tramite il Servizio delle Alte scuole pedagogiche viene proposta una formazione continua finalizzata all'aggiornamento delle conoscenze e al reinserimento professionale nel campo delle cure di lunga durata. Questa proposta è offerta in collaborazione con l'Associazione svizzera delle infermiere e infermiere sezione Vallese (ASI).

La formazione dura 15 giorni e mira allo sviluppo attivo del potenziale degli infermieri che hanno temporaneamente interrotto la loro attività professionale e a permettere loro di tornare alla pratica professionale in modo aggiornato e facilitato. Questo a) sviluppando un'assistenza completa e di qualità che tiene conto dei diversi contesti e b) praticando l'infermieristica in modo contemporaneo e interprofessionale. I contenuti trattati si fondano in preponderanza sullo studio di casi e mirano anche a sviluppare competenze nella diagnosi infermieristica.

#### **[Dispositivo di reinserimento professionale nelle cure di lunga durata della HEdS-FR](#)**

Questo dispositivo, promosso dalla *Haute école de Santé* di Friburgo in collaborazione con sei organizzazioni riconosciute nel cantone, offre un corso di reinserimento professionale nel campo delle cure di lunga durata (Heds – Fribourg, 2022). Considerando la rapida evoluzione della professione e la lunghezza del tempo passato lontano dalla pratica, ci si rende conto di come possa essere difficile il ritorno al lavoro. Per questo motivo, il corso di formazione combina corsi teorici ed esperienza pratica (stages) permettendo alle persone di riacquistare fiducia nella loro pratica, aggiornare le loro conoscenze e acquisire competenze.

I contenuti principali trattati sono i seguenti:

- Aggiornamento e sviluppo delle competenze in relazione alle sfide attuali della professione
- Analisi delle situazioni professionali e sviluppo della pratica riflessiva
- Sviluppo di un portfolio elettronico di apprendimento
- Sviluppo del giudizio clinico e della valutazione infermieristica clinica in un contesto interprofessionale

#### **[Dispositivo di reinserimento e riorientamento professionale del CiPS nel Canton Vaud](#)**

Promosso dal *Centre d'information des professions Santé-Social* del Canton Vaud (CiPS | Réinsertion, 2022) prevede un processo di reinserimento o riorientamento, il cui primo passo è un colloquio di orientamento con il *project manager* per ripercorrere la carriera professionale della persona e specificare il suo progetto. Il percorso si articola in seguito in un corso di aggiornamento professionale teorico e tecnico e in un tirocinio pratico, che consente di praticare l'assistenza infermieristica con supervisione per riappropriarsi delle pratiche professionali attuali e dei concetti di cura. La sua durata è di 30 giorni e può estendersi fino a 60 giorni. È offerta inoltre la possibilità alla persona di stilare un bilancio delle competenze, grazie alla collaborazione con alcuni partner del CiPS al fine di supportarla nella definizione del suo progetto professionale.

### 3.2.6 Aspetti trasversali delle proposte volte a fronteggiare la penuria di personale

Considerando le tre principali categorie d'intervento intese a fronteggiare la penuria di personale infermieristico: a) aumentare il numero di partecipanti alle formazioni infermieristiche b) favorire la fidelizzazione e il benessere del personale c) promuovere il reinserimento lavorativo di coloro che si sono allontanati dalle strutture sanitarie, è possibile rilevare dappprincipio che tre su quattro dei *programmi istituzionali* citati si chinano principalmente sul sostenere la formazione di base nel settore infermieristico, tramite il miglioramento delle condizioni economiche, l'ampliamento dei posti di stage ed altre misure collaterali. Per contro, come già segnalato, possiamo rilevare che la pianificazione integrata delle strutture di lunga durata in Ticino, pur se non prevede misure specifiche per affrontare la penuria del personale, propone una strategia volta a favorire un miglioramento globale della presa a carico delle persone anziane e di concerto a un miglioramento delle condizioni di lavoro delle e dei professionisti delle cure.

Riguardo alle *buone pratiche volte a favorire benessere organizzativo* e generatrici, dunque, di processi di resilienza e fidelizzazione, dall'analisi trasversale delle 12 proposte descritte alle pagine precedenti, si rileva che l'orientamento generale delle stesse riguarda in preponderanza aspetti psico-sociali, superando la visione limitata del benessere inteso unicamente come riconoscimento remunerativo o come promozione della salute fisica. Come si può vedere alla Tabella 9, i progetti analizzati sono stati categorizzati sulla base delle sette tipologie di intervento sul benessere organizzativo (Cattani *et al.*, 2022).

**Tabella 9. Analisi delle buone pratiche recensite, alla luce delle sette categorie d'intervento sul benessere organizzativo**

BUONE PRATICHE	CATEGORIE DI ANALISI						
	<i>Riconoscimento in termini economici</i>	<i>Salute e sicurezza</i>	<i>Coinvolgimento di lavoratori/lavoratrici</i>	<i>Crescita e sviluppo di lavoratori/lavoratrici e Job Design</i>	<i>Equilibrio vita personale e lavorativa</i>	<i>Rapporti sociali positivi</i>	<i>Benessere e qualità dei servizi e delle relazioni con stakeholders</i>
Certificato Work-Family-Balance e Family Score		X			X		
Delarose		X		X	X	X	X
Dispositivo pilota Atelier dei futuri			X	X		X	X
Friendly Work Space		X	X				
Intercare			X	X			X
Leadership Trasformativa			X	X		X	X
LINEA e RelPlus		X	X	X		X	X
Men in Long-Term Care			X	X		X	X

BUONE PRATICHE	CATEGORIE DI ANALISI						
	<i>Riconoscimento in termini economici</i>	<i>Salute e sicurezza</i>	<i>Coinvolgimento di lavoratori/lavoratrici</i>	<i>Crescita e sviluppo di lavoratori/lavoratrici e Job Design</i>	<i>Equilibrio vita personale e lavorativa</i>	<i>Rapporti sociali positivi</i>	<i>Benessere e qualità dei servizi e delle relazioni con stakeholders</i>
Org+ e il ruolo del Chief Happiness Officer		X	X	X		X	X
Practice Development in Nursing			X	X		X	X
Raccomandazioni progetto STRAIN	X	X	X	X	X	X	X
Swiss Learning Health System (SLHS)			X	X			X

Globalmente le buone pratiche si focalizzano su aree innovative di benessere. A partire dalla tabella è possibile notare come vi siano aree di intervento di maggiore rilevanza rispetto ad altre. Dalle analisi reperite dall'indagine RelPlus possiamo sottolineare come "le buone pratiche analizzate tendono a focalizzare i propri interventi sulle aree riguardanti il *benessere e la qualità dei servizi e relazioni con gli stakeholders*, il *coinvolgimento e la crescita personale e professionale di lavoratrici e lavoratori*. In questo senso si può osservare l'orientamento verso una dimensione identitaria del lavoro come mezzo di realizzazione personale e partecipazione sociale (Bochicchio in Bochicchio e Rivoltella, 2017) dove l'importanza dell'aspetto formativo del lavoro in termini di lifelong, lifewide e lifedeeep learning (area *crescita e sviluppo di lavoratori e lavoratrici*) è fortemente collegato a una prospettiva di capacitazione in grado di allineare finalità e talenti del collaboratore con quelli dell'organizzazione tramite processi partecipativi di *coinvolgimento di lavoratrici e lavoratori* (Loiodice in Bochicchio e Rivoltella, 2017). Oltre ai risvolti identitari, nella promozione di benessere assumono importanza anche gli aspetti relazionali con i temi legati al *benessere e alla qualità dei servizi e delle relazioni con gli stakeholders*, che focalizzano l'attenzione sull'ampliamento del reticolato relazionale a livello globale, e il tema legato alla qualità dei *rapporti sociali* all'interno delle organizzazioni." (Cattani et al., 2022, p. 24).

Seguono l'area legata a *salute e alla sicurezza* e infine la categoria legata al tema della *conciliabilità tra lavoro e vita privata*. A raccogliere meno adesione è la categoria connessa al *riconoscimento* in termini di remunerativi.

Per quanto riguarda i *programmi di reinserimento*, i tre dispositivi recensiti si discostano da un semplice corso di formazione, poiché integrano dispositivi di accompagnamento più complessi che prevedono forme di apprendimento esperienziale, pratiche riflessive, coinvolgimento diretto dei partecipanti, percorsi di consulenza e bilancio delle competenze con la possibilità in alcuni casi di svolgere dei tirocini. Questo approccio integrato permette di realizzare un percorso di reinserimento mirato, orientato ai bisogni (e desideri) e alle competenze specifiche delle persone coinvolte. In particolare, la possibilità di effettuare dei tirocini, come vedremo dai risultati della ricerca sul campo, risulta essere particolarmente apprezzata dalle persone intervistate che hanno interrotto la professione e che desiderano rientrarvi.

## **4. LA RICERCA SUL CAMPO**

I risultati ottenuti dalle fasi iniziali dell'indagine hanno permesso di identificare uno schema interpretativo in relazione al tema della penuria di personale infermieristico, in particolare per quanto riguarda i fattori che incidono su questo fenomeno. Gli strumenti di raccolta dati elaborati (questionario, interviste e focus group) hanno permesso di indagare questi temi identificati grazie alla prima fase d'indagine documentaria di riferirli in particolare al contesto cantonale.

### **4.1 Metodologia**

Come anticipato nel capitolo introduttivo riguardante l'approccio teorico e metodologico generale, l'indagine, per la sua caratteristica mista (qualitativa e quantitativa), è basata su un approccio Mixed Methods (Anadón, 2019; Graff, 2016; Trincherò e Robasto, 2019). L'indagine di tipo qualitativo è stata svolta tramite interviste semi strutturate e focus group, mentre l'indagine a impronta quantitativa è stata svolta tramite la somministrazione di un questionario. Per entrambi gli strumenti d'indagine è stato selezionato un campione di convenienza basato su adesione volontaria.

Per la selezione delle persone da intervistare, si è fatto riferimento per il possibile ad una tecnica di campionamento per criteri (Trincherò e Robasto, 2019), ovvero si sono scelti degli individui rappresentativi di criteri considerati importanti per la ricerca, nel nostro caso persone prevalentemente non attive o poco attive in ambito infermieristico, aventi interrotto in maniera temporanea o stabile la professione. Questo allo scopo di indagare sia il loro percorso professionale, sia i loro bisogni in relazione ad un ipotetico rientro nella professione o alle motivazioni per l'abbandono della stessa. Il contatto delle persone da intervistare è avvenuto tramite una lettera mediata (Allegato 1) diffusa grazie alla rete di partenariato del progetto.

Per l'indagine quantitativa tramite questionario, è stata utilizzata invece una tecnica di campionamento per casi estremi (Trincherò e Robasto, 2019), grazie alla quale è stato possibile esplorare opinioni e vissuti di soggetti con caratteristiche diverse dal primo campione coinvolto nelle interviste. Il secondo campione, infatti, era composto da persone per lo più attive nella professione infermieristica e il questionario aveva lo scopo di indagare il percorso professionale, i punti di forza e le principali difficoltà riscontrate nell'esercizio della professione nel Cantone Ticino.

Quanto espresso dai due gruppi di persone coinvolte, malgrado le differenti caratteristiche dei soggetti e degli strumenti utilizzati, ha permesso di evidenziare sia elementi comuni a tutti, sia elementi specifici ad ogni gruppo.

Per quanto riguarda i tre focus group, gli stessi sono stati proposti ad esperti del settore infermieristico o delle strutture coinvolte nel progetto Re Care. Il primo focus group ha avuto lo scopo di discutere e validare le categorie d'indagine da utilizzare per interviste e questionari, elaborate a partire dall'analisi documentaria. Mentre il secondo e il terzo hanno assunto un ruolo di approfondimento e discussione dei risultati emersi dalle prime fasi dell'indagine <sup>17</sup>.

Nei prossimi paragrafi sono dettagliate le procedure di elaborazione delle categorie di indagine, di svolgimento delle interviste, di diffusione del questionario e infine di realizzazione dei focus group.

---

<sup>17</sup> Per questioni di tempistica, non è stato possibile attivare un ulteriore focus group avente per oggetto tutti i risultati emersi.

#### 4.1.1 Elaborazione delle categorie d'indagine per il questionario e le interviste

L'*esplorazione documentaria* descritta al capitolo precedente ha permesso di precisare la situazione di contesto e la terminologia di riferimento, nonché gli aspetti principali da indagare e le principali categorie tematiche da trattare. Su questa base sono state individuate quattro aree tematiche che caratterizzano il manifestarsi della penuria di personale infermieristico. Esse si snodano su dimensioni macro e micro: a livello macro troviamo i megatrend che caratterizzano il mondo contemporaneo nel settore delle cure e gli aspetti che influenzano il benessere organizzativo (strutturali, ergonomici e psico-sociali); a livello micro troviamo invece i fenomeni di turnover organizzativo (ovvero i cambiamenti di servizio sanitario e la loro influenza sul percorso professionale del personale infermieristico) e di turnover professionale (o occupazionale), ovvero l'interruzione stabile o temporanea della professione infermieristica.

Queste aree tematiche hanno orientato l'elaborazione iniziale delle categorie d'indagine degli strumenti di ricerca adottati, al fine di esplorare da un lato e gli aspetti del percorso professionale in grado di favorire la fidelizzazione del personale e dall'altra i vissuti e gli auspici legati al reinserimento nonché la percezione delle prospettive future dell'attività infermieristica.

L'elaborazione delle categorie d'indagine è stata inoltre affinata grazie alle seguenti attività:

- *Interviste esplorative semi strutturate* a tre persone (due donne e un uomo), svolte in presenza nel settembre 2020, grazie a contatti mediati da persone di nostra conoscenza. In particolare, sono state intervistate una persona attiva nel settore sanitario e con un'esperienza di diverse interruzioni o cambiamenti di struttura sanitaria, una in quel momento inattiva e una attiva e con poche interruzioni. I risultati delle interviste, che sono stati in seguito integrati al corpus dati complessivo, hanno contribuito in questa prima fase d'indagine a precisare le categorie d'indagine che stavano emergendo grazie all'esplorazione documentaria.
  
- *Validazione delle categorie d'indagine ipotizzate, tramite*
  - il riscontro di un focus group consultivo realizzato il 5 ottobre 2020. A questo incontro hanno partecipato 5 persone: un ricercatore del Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale (DEASS) della SUPSI, una rappresentante di ADICASI, un rappresentante dell'Ufficio del medico cantonale, due rappresentanti della SSSCI nonché (separatamente) una rappresentante dell'Ufficio delle statistiche sanitarie del DSS. I riscontri delle persone coinvolte ci hanno permesso di individuare delle sottocategorie tematiche da inserire nel questionario e di correggere o affinare la formulazione degli items proposti. Grazie a questi feedback è stato possibile precisare il tema della conciliabilità lavoro-vita privata (soprattutto in relazione ai compiti di cura riguardanti persone adulte non autosufficienti), le alternative professionali attivate dai rispondenti a seguito di turnover professionale (interruzione stabile della professione), gli elementi che favoriscono la permanenza nella professione e quelli che favorirebbero un eventuale rientro nella professione, il concetto di identità professionale (valori, auto-percezioni, sviluppo professionale e prospettive future).
  
  - un questionario pretest, attivato nel gennaio 2021 al fine di verificare l'accessibilità del questionario elaborato e di raccogliere suggerimenti da potenziali rispondenti sull'insieme delle domande. Esso è stato inviato a 14 persone, di cui 4 attive in strutture sanitarie, 6 inattive e 4 attive in qualità di docenti di una scuola infermieristica. Salvo una, tutte le persone coinvolte hanno risposto al questionario. I loro riscontri hanno validato l'insieme della struttura dello stesso, fornendoci alcune precisazioni riguardo alla formulazione delle domande. Nel complesso, secondo i partecipanti al pre-test, il questionario è

risultato chiaro e completo, ha permesso ai/alle rispondenti di “fermarsi a riflettere” sul proprio percorso professionale e ha offerto la possibilità di esprimersi liberamente tramite domande aperte. Anche questi dati sono stati integrati nel dataset finale.

La versione definitiva delle categorie d’indagine è quindi stata organizzata in quattro aree principali con specifiche sotto aree, riportate alla Tabella 10<sup>18</sup>. Segnaliamo peraltro che l’insieme delle indagini è stato rivolto esclusivamente a persone residenti nel cantone Ticino.

**Tabella 10. Categorie principali d’indagine per interviste e questionario**

<b>A. Informazioni sociodemografiche</b>
sexo, anno di nascita, formazione di base, attività/inattività nel settore sanitario al momento della compilazione del questionario/dell’intervista;
<b>B. Situazione professionale attuale<sup>19</sup></b>
percentuale lavorativa;
elementi di fidelizzazione;
vissuti in relazione alla situazione professionale attuale
<b>C. Percorso professionale</b>
primo inserimento professionale;
vissuti in relazione al primo inserimento professionale;
figure di supporto in relazione al primo inserimento professionale;
turnover organizzativo (numero di cambiamenti di servizio sanitario, motivi, vissuti);
turnover professionale: interruzioni temporanee della professione (motivi e vissuti); interruzioni stabili (motivi)
<b>D. Identità professionale e prospettive</b>
elementi apprezzati della professione;
auspici sugli sviluppi futuri della professione;
sfide contemporanee ed approfondimenti;
reinserimento professionale (tentativi di reinserimento professionale del personale inattivo e difficoltà riscontrate, proposte formative e dispositivi di reinserimento)

<sup>18</sup> Il questionario effettivamente distribuito contemplava un maggiore numero di items ma taluni non sono stati ripresi tra i risultati, poiché non sufficientemente significativi ai fini della nostra indagine, oppure perché i riscontri erano numericamente irrilevanti.

<sup>19</sup> Considerando solo coloro che erano attivi nelle tre categorie di strutture sanitarie contemplate nel concetto di penuria del personale infermieristico: ospedali e cliniche, strutture per anziani, servizi di cure a domicilio



## 4.1.2 Elaborazione e realizzazione delle interviste

Presentiamo dapprima l'elaborazione delle interviste, poiché, rispetto al progetto iniziale che indicava l'attivazione delle stesse dopo la somministrazione del questionario, la situazione pandemica ci ha obbligate a rinviare la fase di indagine quantitativa dando spazio alle interviste di più semplice attuazione in quei mesi difficili.

Ricordiamo che tramite le interviste si intendeva individuare, oltre agli aspetti del percorso di carriera che favoriscono oppure ostacolano la permanenza o il rientro al lavoro nelle strutture sanitarie, anche la possibilità di coinvolgere alcune delle persone intervistate - non attive in strutture sanitarie - nei percorsi formativi Re Care e in particolare nella formazione riguardante le cure di lunga durata.

Come per le interviste esplorative, il coinvolgimento delle persone da intervistare è stato realizzato tramite la diffusione di lettere mediate (Allegato 1) a organizzazioni (per esempio EOC, ASI, ADICASI) e infermiere o infermieri di nostra conoscenza (e che ringraziamo nuovamente di cuore), disposti a diffonderle presso il personale infermieristico avente interrotto la professione in maniera temporanea o stabile. In questo modo le persone contattate avevano la possibilità di scegliere liberamente se ricontattarci o meno per essere intervistate. L'invito alle interviste è stato attivato in due volée, nella primavera e nell'autunno 2021 e di fatto siamo state ricontattate da 17 persone. Alle stesse sono stati proposti degli incontri in presenza o a distanza, della durata di circa un'ora. La trama delle interviste semi strutturate (Allegato 2), è stata costituita a partire dalle categorie d'indagine presentate nella tabella 10, ponendo altresì attenzione agli elementi e vissuti specifici espressi da chi è stato incontrato.

## 4.1.3 Elaborazione e diffusione del questionario

Il questionario è stato programmato con la piattaforma [UNIPARK – questback](#) dedicata ai sondaggi online, avente la possibilità di estrazione dei dati in vari formati (Excel, SPSS, ecc.). Le domande si distinguono in domande a risposta singola (generando percentuali cumulative), a risposta multipla (generando percentuali non cumulative), domande con scale di accordo, domande con scale di priorità e infine domande aperte.

Come detto, la diffusione del questionario, inizialmente prevista nella primavera 2021, è stata rimandata all'autunno 2021. Infatti, considerando la situazione pandemica, si è preferito avanzare sulle interviste e ricalibrare le modalità di diffusione del questionario sulla base sia della situazione pandemica generale sia dei riscontri delle interviste stesse. Queste considerazioni hanno portato a due decisioni: a) la rinuncia a diffondere il questionario su larga scala, poiché, considerando le tempistiche ormai avanzate rispetto alle scadenze del progetto, non sarebbe stato possibile avere il tempo necessario per la diffusione estesa del questionario stesso e per il trattamento dei dati raccolti; b) la necessità di reperire una coorte di rispondenti aventi caratteristiche diverse da coloro che avevano partecipato alle interviste, al fine di validare o meno quanto emerso dalle stesse. Infatti, si era notato che più del 50% dei partecipanti alle interviste erano in possesso di un diploma antecedente al 2006, ovvero antecedente alla riforma delle scuole sanitarie e all'attivazione delle Scuole universitarie per il settore infermieristico da un lato e dall'altro antecedente all'attivazione degli attestati federali di capacità nel settore delle cure.

Si è stabilito dunque di focalizzare la diffusione del questionario a tutta la coorte di ex allievi (2006-2020) del Bachelor of Science SUPSI in Cure infermieristiche. Grazie alla preziosa collaborazione di un docente della stessa scuola, il questionario è stato inviato a 400 persone e il tasso di rientro di risposte (entro due mesi dalla diffusione) è stato del 22%, ovvero il questionario è stato compilato da 87 persone.



## 4.1.4 Realizzazione dei Focus group

Nel corso dell'anno scolastico 2020-2021 sono stati organizzati tre focus group. Il primo, citato in precedenza, ha avuto funzione consultiva rispetto all'elaborazione del questionario e ad alcuni aspetti di pianificazione delle successive indagini, mentre gli altri due (31.05.21; 15.06.21) avevano lo scopo di presentare e discutere risultati emersi dalle interviste effettuate. Per ogni focus group è stata definita una traccia di lavoro (Allegato 3) e redatto un verbale, approvato in seguito dalle e dai partecipanti.

Ai focus group di discussione dei risultati delle interviste hanno partecipato in tutto 17 persone (7 e 10), di cui tre responsabili di direzione di servizi di cure a domicilio; un rappresentante ADICASI e direttore di una casa per anziani; un direttore di casa per anziani e rappresentante FORMAS; un responsabile delle cure in una casa per anziani; un infermiere responsabile di un centro diurno di Pro Senectute; una rappresentante FORMAS; due responsabili dei servizi infermieristici EOC; due infermiere specialiste presso l'EOC; la direttrice delle cure dell'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale; un vicedirettore e una docente presso la SSSCI; una responsabile pedagogica dei corsi CRS e docente SSSCI; la capo del dipartimento di sviluppo della pratica infermieristica dell'Ospedale universitario di Basilea; una rappresentante dell'Ufficio del lavoro, specialista in rischi psicosociali. Questi focus group hanno permesso di confrontare i primi risultati con persone esperte del settore, nonché di individuare diversi elementi di approfondimento, utili per l'insieme del progetto Re Care.

## 4.2 Risultati emersi dalle interviste e dal questionario

### 4.2.1 Trattamento dei dati

I risultati che presentiamo di seguito comprendono i dati emersi dalla compilazione del questionario online (campione pre-test sommato al campione SUPSI) e i dati delle trascrizioni delle tre volée di interviste semi strutturate (incluse dunque le interviste esplorative). I dati derivati dalle interviste sono stati codificati secondo la stessa matrice dati favorendone la strutturazione. In altre parole, i contributi raccolti grazie alle interviste sono stati ripresi come dati quantitativi grazie all'inserimento degli stessi nella matrice dati utilizzata per il questionario. D'altra parte, le risposte alle domande aperte del questionario sono state trattate secondo metodi di analisi qualitativa. Entrambe le categorie di dati hanno dunque assunto aspetti quantitativi e qualitativi. Quest'operazione ha permesso di generare un unico corpo dati (data set) su cui utilizzare lo stesso schema di codifica per gli aspetti quantitativi e uno stesso approccio di analisi di contenuto per gli aspetti qualitativi. Questa integrazione di tutti i dati ha permesso una lettura facilitata dei risultati allo scopo di fornire una fotografia globale del fenomeno legato alla penuria del personale infermieristico nel nostro Cantone, dal punto di vista dei 120 rispondenti coinvolti.

Il trattamento del data set completo di tipo quantitativo è stato effettuato con il programma *Statistical Package for Social Science* (SPSS). I dati sono stati sottoposti a pulizia e in alcuni casi raggruppati secondo categorie rappresentative più ampie, secondo gli scopi dell'indagine. Essi sono poi stati analizzati tramite statistiche descrittive differenti (media, deviazione standard, frequenze) a dipendenza del tipo di item/domanda. Nel caso dei dati qualitativi emersi sia dalle domande aperte del questionario sia dalle interviste, invece, si è proceduto con un'analisi di contenuto. Secondo questa prospettiva i dati sono stati sottoposti a una sintesi grazie alla rilevazione delle frequenze e ad una categorizzazione tramite un processo di *condensation par abstraction* (Van der Maren, 2003, pp.169-170). Sulla base di quanto suggerito da questo autore le risposte dei partecipanti sono state raggruppate per affinità secondo alcuni nuclei tematici corrispondenti alle categorie di analisi di riferimento.

Nelle prossime sezioni sono presentati i risultati emersi considerando le categorie principali d'indagine: *aspetti sociodemografici, situazione professionale attuale, percorso professionale* e infine dei temi legati all'*identità professionale e alle prospettive future* così come percepite dai rispondenti. Inoltre, gli aspetti quantitativi e qualitativi sono presentati congiuntamente. In particolare, gli aspetti qualitativi assumono principalmente una funzione di approfondimento, ad illustrazione o conferma degli aspetti quantitativi.

Per commentare e in seguito interpretare i risultati emersi sono utilizzate le categorie di analisi delle pratiche volte a favorire il benessere organizzativo (Cattani *et al.*, 2022). Queste sette categorie (vedere tabella 8) indicano gli aspetti che concorrono al benessere del personale e vengono qui utilizzate per situare i risultati emersi e delineare alcune piste interpretative sugli interventi auspicabili in termini di riduzione degli abbandoni.

#### 4.2.2 Aspetti sociodemografici

Ricordiamo che per le interviste sono state coinvolte 20 persone (comprese coloro che hanno partecipato alle interviste esplorative) e 100 persone hanno risposto al questionario (compresi i 13 rispondenti al pre-test). Come anticipato nel paragrafo dedicato al trattamento dei dati, tutti i contributi raccolti sono stati unificati dando vita ad un unico corpo dati che comprende le risposte dei 120 partecipanti allo studio. Ad illustrazione delle caratteristiche sociodemografiche delle e dei partecipanti, presentiamo la seguente tabella, in grado di restituirci, tali caratteristiche, secondo il tipo di campionamento. Ricordiamo che tutte le persone coinvolte erano residenti in Ticino.

**Tabella 11. Dati sociodemografici distinti secondo campionamento**

Strumento d'indagine	N°	Genere		Età media	Tipologie diplomi <sup>20</sup> (percentuali)	Anno diploma	Numero e percentuale inattivi
		D	U				
<b>Interviste esplorative</b>	3	2	1	34	100% SSS	1 nel 2005, 1 nel 2008 e 1 e nel 2014	1 (33%)
<b>Interviste di analisi del percorso e dei bisogni</b>	17	14	3	44	75% SSS 25% Bachelor	53% entro il 2006 23,5% tra il 2007 e il 2013; 23,5% tra il 2014 e il 2020.	10 (59%)
<b>Pre-test</b>	13	11	2	56	85% SSS 15% bachelor	100% entro il 2006	9 (69%)
<b>Questionario online</b>	87	74	13	31	10% SSS 90% Bachelor	3% entro il 2006 24% tra il 2007 e il 2013; 73% tra il 2014 e il 2020.	3 (3.5%)

<sup>20</sup> Le formazioni infermieristiche di livello terziario in Svizzera sono distinte in due tipologie: le formazioni erogate dalle Scuole specializzate superiori (SSS) della formazione professionale e le formazioni accademiche che danno luogo a un bachelor, erogate dalle Scuole universitarie professionali.

Strumento d'indagine	N°	Genere		Età media	Tipologie diplomi <sup>20</sup> (percentuali)	Anno diploma	Numero e percentuale inattivi
		D	U				
<b>Totale</b>	120	85% donne	15% uo- mini	36 (23 min - 67 max)	35% SSS  65% Ba- chelor	23% entro il 2006 20% tra il 2007 e il 2013; 55% tra il 2014 e il 2020.	23 (19.5%)

Il data set finale attinge dunque dal corpo di dati di 4 “sotto-campioni”, due riguardano le persone intervistate (tramite interviste esplorative e interviste semi strutturate) e due riguardano la raccolta dati tramite questionario (pre-test e questionario online). Interessante notare come il pre-test e le interviste forniscono una serie di dati da parte di soggetti di età media più elevata e che hanno svolto la loro formazione nel periodo antecedente la riforma delle scuole e dunque hanno un titolo di studio che si colloca nel settore della formazione professionale superiore (titolo SSS o equivalente), mentre il campione SUPSI coinvolto con il questionario online ha un'età media più bassa, è un campione relativamente giovane sia per età sia per anno di diploma (il 73% infatti ha ottenuto il diploma tra il 2014 e il 2020). Numericamente il campione più corposo è il campione SUPSI a cui è stato somministrato il questionario online. È inoltre interessante sottolineare che il 35% dei rispondenti SUPSI ha svolto in precedenza una formazione come operatore sociosanitario (OSS).

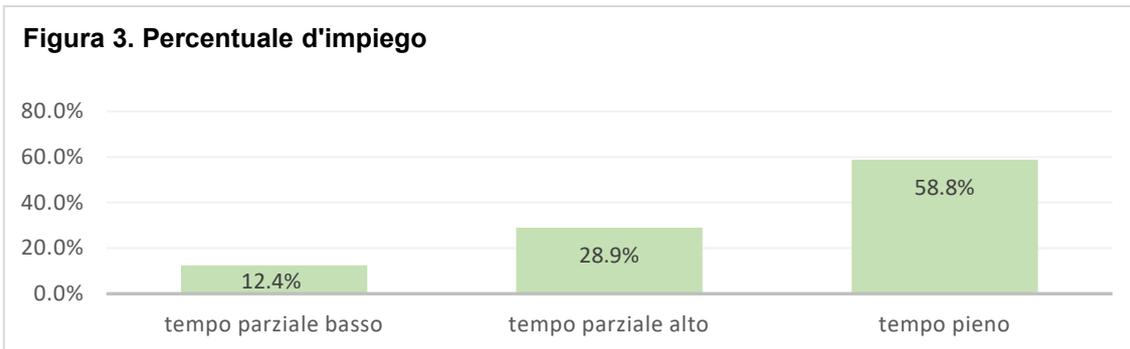
In relazione alla finalità di reinserimento di questa azione del progetto Re Care, ovvero la progettazione di un percorso formativo nelle cure di lunga durata e di reinserimento del personale infermieristico attualmente inattivo, riportiamo infine che nove delle persone intervistate sulle dieci inattive al momento dell'intervista, si sono dette interessate a partecipare a programmi di reinserimento e ad una formazione sulle cure di lunga durata.

#### 4.2.3 Situazione professionale attuale

Questa seconda categoria d'indagine esplora alcune caratteristiche della situazione professionale delle persone attive nella professione infermieristica. È un'area “filtrata”, ovvero nella sezione dedicata agli aspetti socio-demografici, a partire dalla domanda sul tasso di inattività la compilazione del questionario è stata deviata e, nel caso delle persone inattive, la categoria della situazione professionale attuale non è stata esplorata. In quest'area sono state indagate la percentuale lavorativa, gli elementi di fidelizzazione in grado di favorire la permanenza nella professione e infine, tramite domanda aperta, i vissuti dei rispondenti rispetto alla loro situazione lavorativa attuale.

##### 4.2.3.1 Percentuale lavorativa

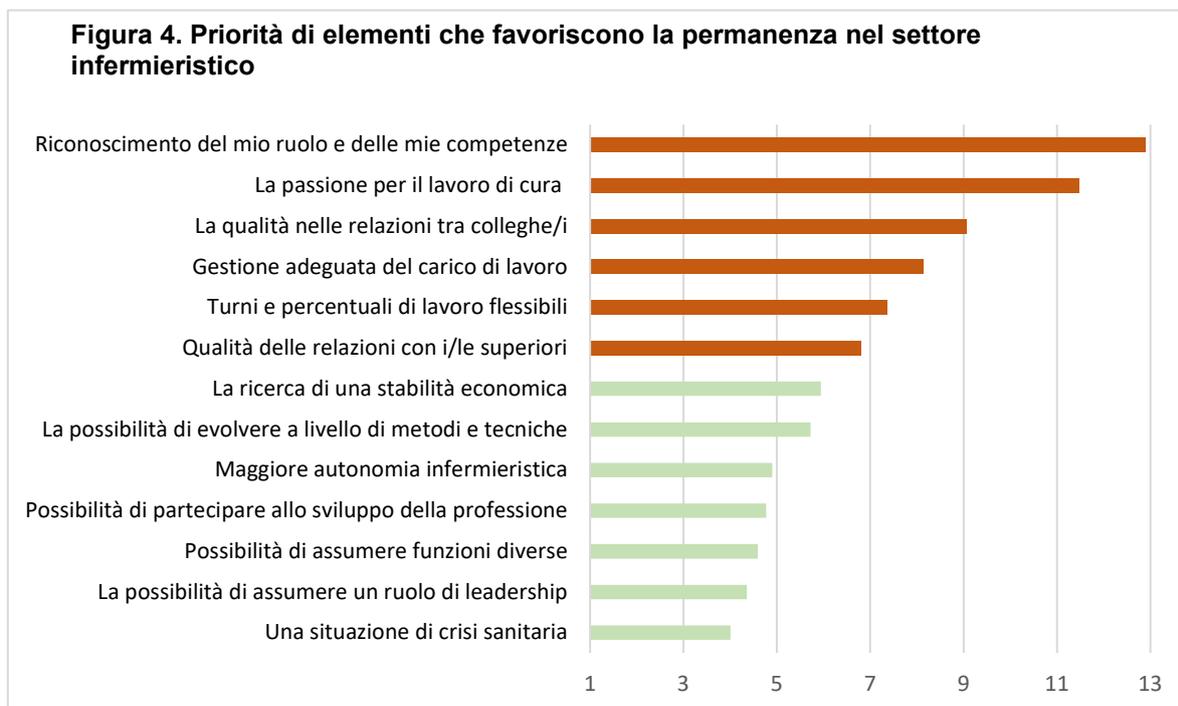
La figura 3 mostra il tempo d'impiego del personale attualmente attivo nella professione infermieristica. Il tempo d'impiego è stato suddiviso tra tempo parziale basso (<50%), tempo parziale alto (tra 50 e 80%) e tempo pieno (>80%). La maggioranza dei rispondenti attivi lavora dunque a tempo pieno: questo dato è associabile alla giovane età del campione SUPSI (n=87) e probabilmente al fatto che i rispondenti fossero in una fase di vita in cui la dimensione della conciliabilità lavoro-famiglia/vita privata non assumeva ancora particolare importanza per incidere sulla percentuale lavorativa.



#### 4.2.3.2 Elementi di fidelizzazione

In relazione a quest'area l'elemento indagato riguarda il grado di soddisfazione e di fidelizzazione rispetto alla propria situazione professionale. Ponendo la domanda *“Quali sono gli elementi che le sembrano importanti per favorire la sua permanenza nella professione infermieristica?”* è stato possibile indagare il tema del *turnover professionale* ovvero gli elementi importanti per evitare l'interruzione stabile della professione e di conseguenza arginare il fenomeno della penuria di personale infermieristico. Tramite quest'area è stato possibile individuare quali sono gli elementi che favoriscono la permanenza nella professione dei rispondenti attualmente attivi nell'ambito delle cure e quali sono i punti di forza e gli aspetti critici della loro situazione professionale attuale. Ricordiamo che, rispetto al settore delle cure sono state considerate le tre categorie di strutture sanitarie contemplate nel concetto di penuria del personale infermieristico: ospedali e cliniche, strutture per anziani, servizi di cure a domicilio.

Le risposte possibili alla domanda sono state strutturate secondo un ordine di priorità (1 nessuna importanza – 13 massima importanza) e 84 rispondenti si sono espressi a questo proposito.





Sulle frequenze dei valori è stata effettuata una media. Il valore medio di ciascun item è riportato nell'asse delle ascisse della figura 4. Le priorità principali indicate dai rispondenti sono evidenziate in arancione scuro a richiamare l'attenzione, quale campanello di allarme su cui soffermarsi. L'aspetto più rilevante riguarda il riconoscimento del ruolo e delle competenze di infermieri e infermiere. Facendo riferimento alla categorizzazione proposta alla tabella 8 (Cattani *et al.*, 2022), questo aspetto richiama la dimensione del *coinvolgimento di lavoratori e lavoratrici* e di un clima di lavoro positivo e valorizzante. La passione per il lavoro di cura invece richiama una dimensione vocazionale che, come vedremo più avanti, riveste nella professione infermieristica un ruolo importante.

Segue un altro elemento legato alla sfera psicosociale: *l'importanza delle relazioni interpersonali positive* tra colleghe/i e con i/le superiori. Infine, un riferimento viene fatto anche alla sfera ergonomica del lavoro, in particolare per quanto riguarda gli aspetti legati al carico di lavoro (dimensione *salute e sicurezza*) e della turnistica (dimensione della *conciliabilità lavoro vita-privata*). Se questi aspetti sono tenuti in considerazione ed equilibrati il personale è maggiormente propenso a restare nella professione.

Di seguito presentiamo i vissuti raccolti grazie alle osservazioni libere e conclusive dei rispondenti rispetto alla propria situazione lavorativa attuale.

#### **4.2.3.3 Vissuti in relazione alla situazione professionale attuale**

Le risposte emerse dalle domande aperte e dalle interviste in relazione ai vissuti riguardanti la situazione professionale attuale sono state distinte tra aspetti positivi e aspetti critici. È stata inoltre effettuata un'ulteriore categorizzazione, sempre in riferimento alle 7 categorie di analisi delle pratiche volte a favorire il benessere organizzativo.

Quanto emerso conferma i risultati ottenuti rispetto agli elementi di fidelizzazione indicati in precedenza. Nello specifico, tra gli aspetti positivi della propria situazione professionale attuale i rispondenti riportano:

- coinvolgimento del personale infermieristico nella stesura del piano di cura del paziente che rientra nella dimensione psicosociale legata al *coinvolgimento di lavoratori e lavoratrici*
- dinamicità dell'attività professionale, con si caratterizza per l'importante variazione dell'attività, che rientra nella categoria psicosociale legata alla *crescita e allo sviluppo dei lavoratori*
- infine, la dimensione dell'interprofessionalità e del suo valore aggiunto che richiama nuovamente la dimensione psicosociale e un sistema di *relazioni sociali positive*.

Tra gli aspetti positivi riportati dai rispondenti la dimensione psicosociale è il fattore che favorisce la permanenza del personale infermieristico nella professione ed è dunque l'aspetto principale su cui fare leva. La dimensione più problematica rispetto alla percezione della propria situazione professionale attuale è legata al tema *salute e sicurezza* percepita come carente a causa del carico di lavoro eccessivo per mancanza di personale, mancanza di tempo o per alti livelli di responsabilità. Il personale riporta situazione di stress, frustrazione e demotivazione. Segue la categoria psicosociale dei *rapporti sociali positivi* con vissuti legati alla mancanza di riconoscimento in termini di valorizzazione del personale, clima di lavoro negativo, relazioni interpersonali difficili.

Tra gli aspetti critici emerge anche il tema del *benessere e delle qualità dei servizi e della relazione con gli stakeholders*, che in questo caso si connota per una mancanza di autonomia del personale infermieristico. Inoltre, viene riportata scarsa soddisfazione per quanto riguarda le



possibilità di *crescita e sviluppo* e, tra gli aspetti strutturali, l'insoddisfazione in relazione al tema del *riconoscimento remunerativo*.

Le dimensioni che emergono dall'analisi di contenuto sono in stretta correlazione e in rapporto di interdipendenza. Per esempio, nel caso di carichi di lavoro eccessivi, stress e demotivazione siamo a cavallo tra la categoria legata alla *salute e alla sicurezza* del personale e quella relazionale (*relazioni sociali positive*) dove lo stile di leadership adottato e il clima di lavoro, oltre alle risorse disponibili, influenza in modo determinante il grado di motivazione, stress e carico di lavoro dei collaboratori. In termini generali dai due livelli di analisi (qualitativo e quantitativo) emerge concordanza nell'affermare che, sulla soddisfazione del personale e sulla conseguente permanenza nel settore infermieristico, siano rilevanti tutte le dimensioni presentate dallo schema interpretativo di riferimento (Cattani *et al.*, 2022). Dalle risposte dei partecipanti emergono però alcune dimensioni più rilevanti di altre: le *relazioni sociali positive* con colleghi/i e superiori, in un contesto/clima di lavoro positivo e valorizzante, il *coinvolgimento di lavoratori e lavoratrici*, le possibilità di *sviluppo e la crescita professionale* e condizioni adeguate in termini di *salute e sicurezza* (carichi di lavoro, livelli di responsabilità, riduzione dello stress e della frustrazione, aumento dell'aspetto motivazionale).

#### 4.2.4 Percorso professionale

Quest'area d'indagine riguarda le caratteristiche e i vissuti legati al percorso professionale dei rispondenti e i risultati riguardano sia le persone attive sia quelle attualmente inattive nella professione infermieristica. In particolare, è stato indagato il tema del *turnover* da varie prospettive. Questo considerando anche che un elemento importante riportato dalla letteratura riguarda il primo inserimento nel settore infermieristico, ovvero la prima esperienza da neo-diplomati. Questa fase della vita professionale degli infermieri risulta infatti essere molto delicata e determinante per il futuro e la soddisfazione professionale degli stessi. Per questo motivo sono stati esplorati inizialmente i vissuti legati al primo inserimento e le figure che sono state di sostegno.

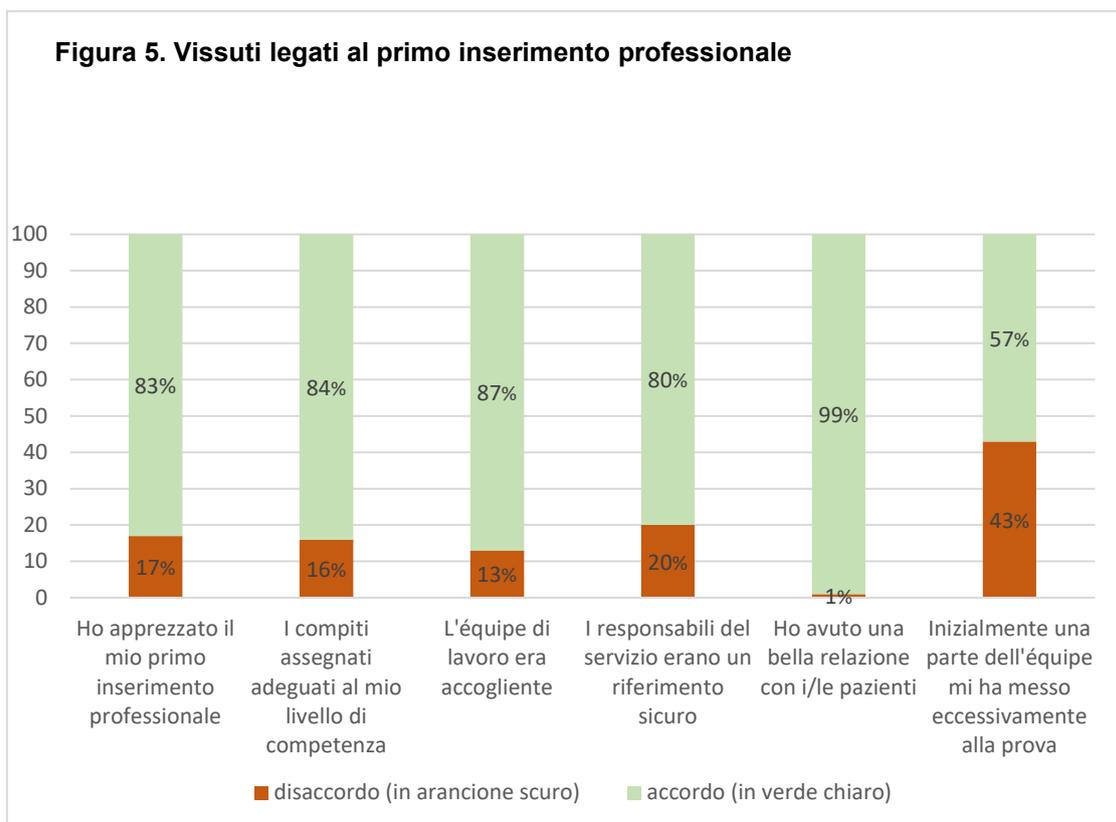
##### 4.2.4.1 Primo inserimento professionale

Rispetto ai vissuti dei rispondenti nel questionario è stata posta una domanda con scala di accordo (per nulla d'accordo, poco d'accordo, abbastanza d'accordo, pienamente d'accordo). La variabile è stata ricodificata secondo due categorie di risposta più generali: accordo e disaccordo (Figura 5, alla pagina seguente)

Ogni item indagato presenta le percentuali cumulative di ciascuna categoria. In arancione scuro è stato evidenziato il grado di disaccordo mentre in verde chiaro il grado di accordo dei rispondenti- (n=120). Per quanto riguarda l'ultimo item poiché la domanda è posta al negativo, le risposte vanno lette secondo questa prospettiva (il 43% dei rispondenti è in disaccordo rispetto alla domanda posta, aspetto da considerarsi positivo).

L'aspetto prevalentemente positivo riguarda la buona relazione coi pazienti, su cui si trova d'accordo la quasi totalità dei rispondenti, e in generale si riscontra un buon grado di soddisfazione rispetto al clima di lavoro e ai compiti assegnati.

L'elemento più problematico riguarda invece l'ultimo item "*Inizialmente una parte dell'équipe mi ha messo eccessivamente alla prova*". Il 57% dei rispondenti si è trovato d'accordo con questa affermazione confermando i dati emersi dall'analisi documentaria in relazione al clima di lavoro problematico che spesso caratterizza il settore infermieristico con fenomeni di mobbing e bullismo (e.g. De Barrios *et al.*, 2022).



Alcuni elementi di criticità emergono inoltre rispetto al sostegno da parte dei responsabili del servizio sanitario, all'apprezzamento globale del primo inserimento lavorativo, ai compiti assegnati in relazione al livello di competenze dei neo-diplomati, e infine potremmo considerare poco problematica l'accoglienza riservata al neo-assunto da parte dell'équipe di lavoro se questo dato non fosse in parte contraddetto dalla risposta relativa all'essere stato "messo alla prova" dall'équipe stessa.

#### 4.2.4.2 Vissuti in relazione al primo inserimento professionale

Come in precedenza, anche in questo caso presentiamo aspetti positivi e alcuni aspetti critici emersi dai dati qualitativi in relazione al proprio vissuto di inserimento. Come in precedenza le diverse risposte sono state sottoposte a ulteriore categorizzazione, in riferimento alle categorie di analisi presentate alla tabella 8.

Tra gli aspetti positivi emerge l'area legata alla *crescita e allo sviluppo di lavoratori e lavoratrici* grazie ad un dispositivo che prevede la presenza di figure di supporto e piani di inserimento strutturati, *relazioni sociali positive* grazie ad un clima di accoglienza, incoraggiamento e valorizzazione da parte dell'équipe in grado di promuovere un vissuto positivo nel personale neo-assunto in relazione al suo primo inserimento professionale. Come per l'area dedicata alla situazione professionale attuale e agli elementi promotori di benessere e fidelizzazione, anche in questo caso domina la dimensione psico-sociale nel determinare vissuti positivi in relazione alla propria esperienza professionale in ambito infermieristico.

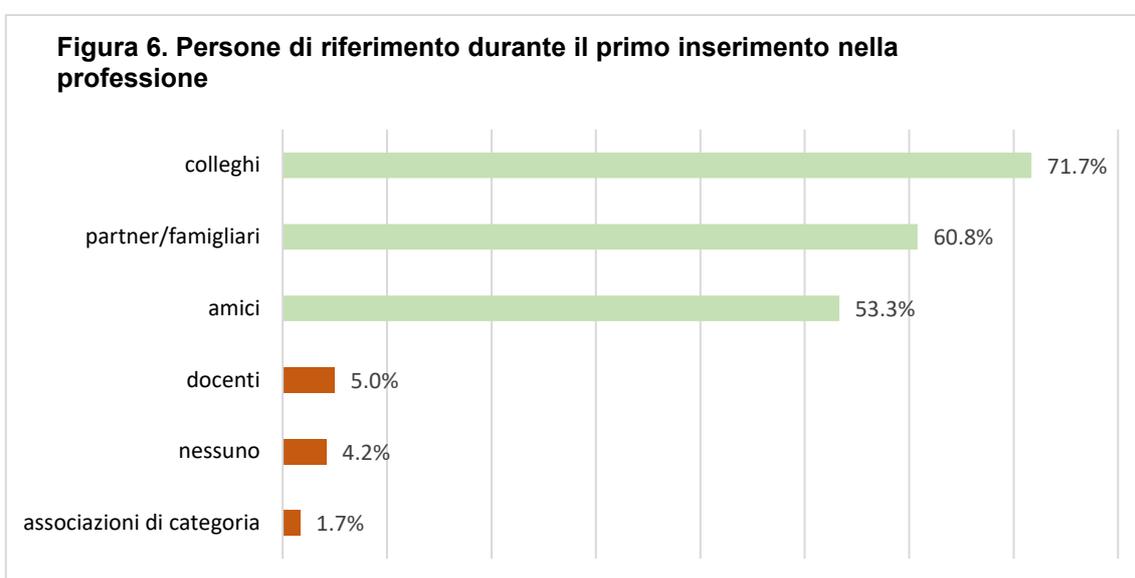
Gli aspetti critici sono caratterizzati parimenti da *relazioni sociali difficili*, ovvero da un clima di lavoro che viene percepito come ostile e negativo, da una scarsa attenzione al tema *salute e sicurezza* tramite carichi di lavoro eccessivo e ansia da prestazione. In alcuni casi l'esperienza

del primo inserimento viene descritta come traumatogena. Infine, la mancanza di figure di riferimento e di un piano d'inserimento strutturato non permettono al personale neo-assunto di crescere professionalmente.

La rilevanza della dimensione psicosociale viene dunque confermata anche per quanto riguarda le primissime fasi della vita professionale del personale infermieristico.

#### 4.2.4.3 Figure di supporto durante il primo inserimento professionale

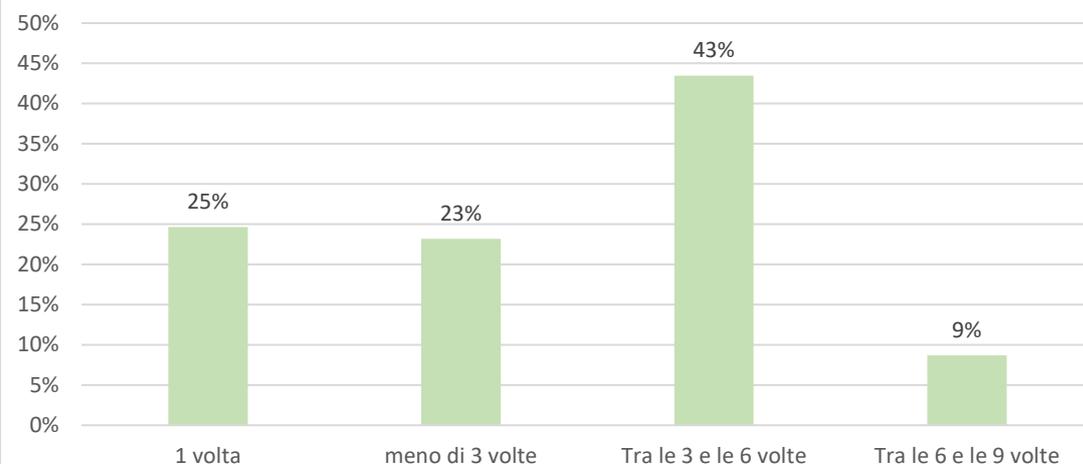
In relazione alle figure di supporto durante il primo inserimento professionale, sono stati raccolti i seguenti dati (Figura 6). La percentuale non è cumulativa poiché si trattava di una domanda a risposta multipla; dunque, i rispondenti potevano scegliere più di un'opzione.



Nella maggior parte dei casi le figure di sostegno per i rispondenti sono state colleghe e colleghi seguiti da partner, famigliari e amici. In relazione agli aspetti positivi e critici del primo inserimento presentati precedentemente è possibile ipotizzare un'ottimizzazione degli accompagnamenti verso gradi di formalizzazione più alti e un dispositivo di accompagnamento strutturato e legittimato dall'organizzazione lavorativa (come ad es. pratiche di tutorato o mentorato). In arancione le aree dove si potrebbe ipotizzare maggiore sostegno per i processi di inserimento e di socializzazione del personale infermieristico neo-assunto.

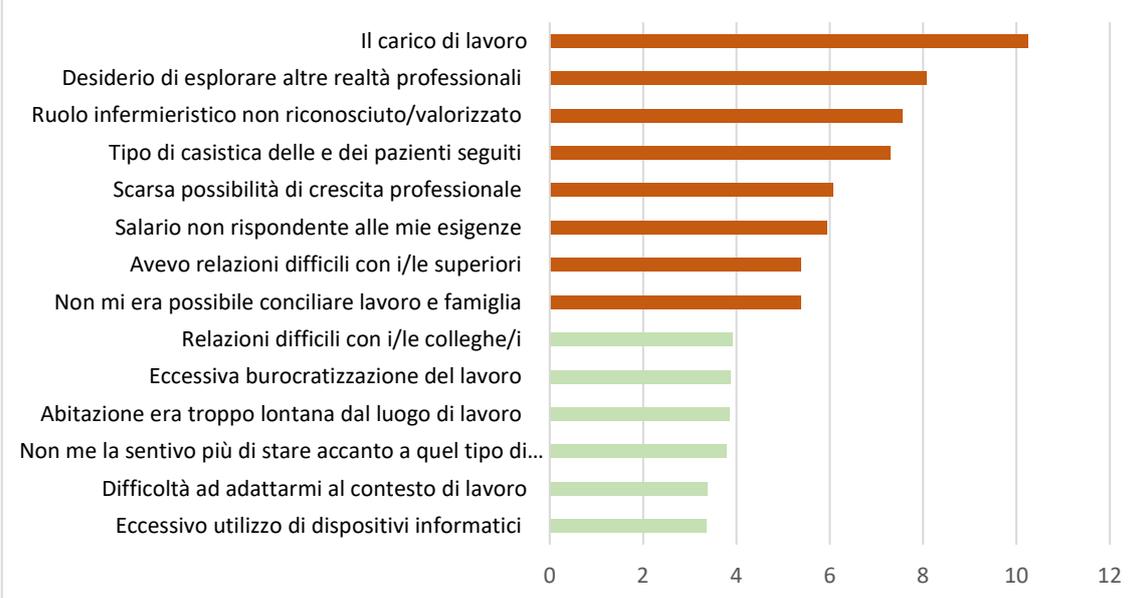
#### 4.2.4.4 Turnover organizzativo

Oltre a questo tema, nell'area riguardante il percorso professionale, è stato indagato il *turnover* organizzativo, ovvero i cambiamenti di organizzazione sanitaria, identificando il numero e i motivi che portano al cambiamento di servizio sanitario pur restando ancora attivi nella professione. Come è possibile vedere dalla figura 7, il 58% dei partecipanti ha vissuto fenomeni di *turnover* organizzativo. La maggior parte dei rispondenti a questa domanda ha indicato tra le 3 e le 6 volte il numero di cambiamenti di organizzazione sanitaria nell'arco del proprio percorso professionale.

**Figura 7. Numero cambiamenti di servizio sanitario**


#### 4.2.4.5 Motivi di turnover organizzativo

Un terzo di coloro che hanno vissuto esperienze di *turnover* organizzativo ha espresso le sue priorità sui motivi che hanno inciso sulla scelta di cambiare servizio sanitario.

**Figura 8. Motivi per il cambiamento di servizio sanitario**


Anche in questo caso le tematiche *salute e sicurezza* (carico di lavoro), *crescita e sviluppo del personale* (desiderio di esplorare altre realtà professionali, scarse possibilità di crescita nel contesto professionale di appartenenza), *relazioni sociali positive* (mancanza di riconoscimento e valorizzazione e relazioni difficili con colleghe/i e superiori) sono tra gli aspetti che influiscono di più sui fenomeni di *turnover* organizzativo vissuti dai partecipanti al sondaggio.

Inoltre, dalla figura 8 emergono due principali valenze che influenzano la decisione di cambiamento di organizzazione sanitaria: da un lato la valenza formativa (per affinare le proprie



competenze e conoscere altre casistiche o altri modelli di cura) e dall'altro la manifestazione di un disagio professionale, come sarà precisato di seguito.

#### 4.2.4.6 Vissuti legati all'esperienza di turnover organizzativo

Come in precedenza, le osservazioni dei rispondenti sul tema del turnover organizzativo sono state suddivise tra aspetti critici e aspetti positivi. In questo ambito la relazione con l'équipe è considerata determinante per sentirsi a proprio agio in una struttura sanitaria. Se l'équipe è accogliente si affrontano meglio le difficoltà professionali, soprattutto se vi sono delle proposte di supervisione e la possibilità di formarsi. Vengono dunque valorizzate le dimensioni legate alle *relazioni sociali positive* e alle possibilità di *crescita e sviluppo di lavoratrici e lavoratori*. Allo stesso modo se manca una solida relazione con i colleghi/e e/o un "leader trainante" si creano situazioni conflittuali dovute, secondo i rispondenti, ad alti livelli di competitività.

*"Per essere definita équipe ci vorrebbe maggiore supervisione. In solo due strutture ho partecipato ad un lavoro fatto sull'équipe e sono stati i posti di lavoro con maggiore soddisfazione professionale."*

*"Tra i capo équipe non ho mai trovato un vero leader, persona come esempio da seguire, sono spesso presi per la gestione di mille cose tranne essere figure trainanti per il gruppo."*

*"La relazione con l'équipe è stata determinante per affrontare meglio il cambiamento."*

La dimensione psicosociale, dunque, investe e determina i vissuti lungo le diverse fasi della carriera infermieristica, dal primo inserimento, agli aspetti che incidono su vissuti e decisioni (per esempio di cambiare posto di lavoro, di interrompere temporaneamente o stabilmente la professione come si potrà vedere più avanti).

#### 4.2.4.7 Turnover professionale

Il tema del *turnover* professionale (Hayes et. al, 2006) riguarda le interruzioni della professione ed è stato indagato da questo studio a due livelli. Il primo riguarda le interruzioni temporanee della professione (fino a 4 anni), un fenomeno abbastanza diffuso in questo ambito, come introdotto dai capitoli precedenti, e l'altro riguarda le interruzioni stabili (superiore a 4 anni<sup>21</sup>). Seguono alcuni risultati che riguardano dapprima le interruzioni temporanee della professione e in seguito quelle stabili.

#### 4.2.4.8 Interruzioni temporanee della professione

La percentuale di interruzioni temporanee tra i rispondenti è del 25,8% (ovvero 31 persone). Quasi un quinto del campione coinvolto ha vissuto un'esperienza di questo genere e ha potuto testimoniare i motivi principali che hanno condotto a tale scelta. I motivi di interruzione temporanea sono stati indagati tramite una domanda che richiedeva risposte con ordine di priorità (1 nessuna importanza – 15 massima importanza). Il 55% del numero totale dei partecipanti si è espresso indicando gli aspetti che hanno inciso in modo più o meno determinante sulla scelta di interrompere temporaneamente la professione.

---

<sup>21</sup> La discriminante sulla durata dell'interruzione in minore o maggiore di 4 anni è stata stabilita considerando la letteratura statistica che fa corrispondere alla cura di bambini in età prescolare le interruzioni più frequenti delle donne (genere maggiormente presente nel settore delle cure infermieristiche) dal lavoro retribuito (e.g. (Gammarano, 2020; Pro Familia Schweiz, 2021)



Nel caso delle interruzioni temporanee l'elemento più incisivo riguarda l'area *conciliabilità vita-privata*, segue l'influenza di aspetti vocazionali (ovvero la volontà di approfondire altri interessi), la qualità delle *relazioni sociali* e le *possibilità di crescita e sviluppo professionale*. La dimensione psicosociale assume anche in questo caso una forte rilevanza nel determinare le interruzioni temporanee della professione così come l'aspetto strutturale legato alle politiche di conciliabilità promosse dall'organizzazione di appartenenza. Le difficoltà conciliative, la dimensione relazionale, il clima di lavoro e le possibilità di evolvere come professionista portano infermieri/e a "prenderci una pausa", nella speranza, visti gli scenari prospettati in precedenza, che essa possa rimanere tale.

#### **4.2.4.9 Vissuti in relazione alle interruzioni temporanee della professione**

Come sempre, quanto espresso dai rispondenti è stato sottoposto ad analisi di contenuto. I risultati confermano gli aspetti emersi dai dati quantitativi, e le testimonianze fanno luce sul fatto che i fattori individuati come incisivi possono essere concomitanti e portare alla scelta di interrompere momentaneamente la professione.

*"L'interruzione è stata un tocca sana, una pausa dallo stress degli orari, casistiche pesanti e stato emotivo al limite. L'anno mi ha rigenerata psico-fisicamente ridonandomi il piacere di rientrare non più in una struttura ma a domicilio. Questo mi ha permesso di trovare maggiore equilibrio tra presa a carico sanitario e ambiente esterno, natura, paesaggi. Il lavoro nella maggior parte autonomo mi permette di non dover essere a stretto contatto con un gruppo di persone."*

*"Ho avuto un momento di forte crisi e sono stata a casa per circa un mese e mezzo, mi sono sentita completamente abbandonata dal mio posto di lavoro."*

*"È stata una possibilità di crescita personale e professionale. È importante potersi arricchire anche di altri interessi personali."*

Oltre a coloro che hanno dedicato il loro tempo di interruzione del lavoro retribuito alla cura di figli o familiari, durante le interruzioni le persone si sono dedicate a corsi di formazione e stage formativi, alla ricerca di un posto di lavoro più adeguato, a loro "interessi ed esigenze", a prendersi cura della loro salute.

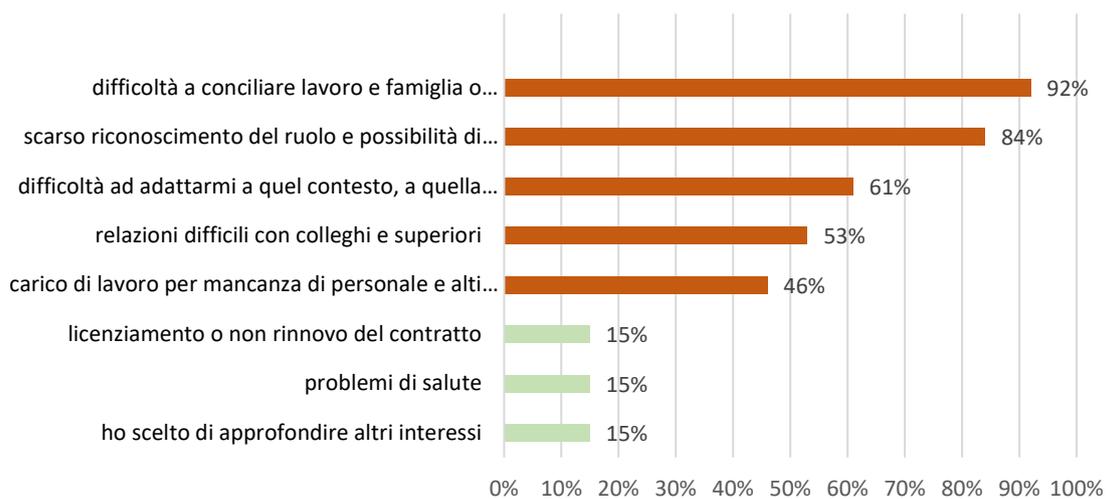
#### **4.2.4.10 Interruzioni stabili della professione**

Il secondo livello in relazione al fenomeno di *turnover* professionale riguarda le interruzioni stabili della professione. La percentuale di rispondenti che attualmente ha interrotto la professione è del 19,5% (23 persone), tra cui la maggiore parte tra le persone intervistate come indicato in precedenza alla tabella 11.

#### **4.2.4.11 Motivi di interruzione stabile della professione**

Sui motivi di interruzione stabile della professione (superiore ai 4 anni) i dati sono stati estratti principalmente dalle interviste, poiché come anticipato all'inizio del presente capitolo, il campione di persone intervistate era per lo più inattivo. Le percentuali espresse nei risultati non sono cumulative poiché in alcuni casi, come si è visto anche per i motivi di interruzione temporanea, i motivi sono molteplici e concorrono nella manifestazione del fenomeno.

**Figura 9. Motivi di interruzione stabile della professione infermieristica**



Come per le interruzioni temporanee anche in questo caso le difficoltà a conciliare lavoro e vita privata/famiglia influiscono in modo determinante sulla scelta dei rispondenti di interrompere in modo stabile la professione. Oltre all'aspetto di *conciliabilità* viene confermata anche la rilevanza delle dimensioni di *crescita e sviluppo di lavoratrici e lavoratori* e delle *relazioni sociali positive*. In sintesi, gli elementi che portano a interrompere stabilmente la professione sono gli stessi che hanno portato i rispondenti precedenti a motivare il loro "prendersi una pausa".

#### 4.2.5 Identità professionale e prospettive

In quest'area d'indagine sono state esplorate gli elementi apprezzati della professione infermieristica, ovvero ciò che genera benessere nell'esercizio della professione e gli auspici legati agli sviluppi positivi nel settore delle cure infermieristiche.

##### 4.2.5.1 Elementi apprezzati della professione

Per quanto riguarda gli elementi apprezzati della professione infermieristica è stata posta una domanda con ordine di priorità (1 nessuna importanza – 11 massima importanza). L'80% dei rispondenti si è posizionato indicando gli elementi maggiormente apprezzati della professione.

Come evidenziato alla figura 10, in prima istanza viene sottolineata la dimensione vocazionale della professione, ovvero gli aspetti valoriali che sottendono la professione e con cui i rispondenti si identificano. Segue la dimensione relazionale con colleghe/i e con gli altri professionisti della salute e infine le possibilità di crescita ed evoluzione professionale.

**Figura 10. Elementi apprezzati della professione infermieristica**


#### 4.2.5.2 Auspici sugli sviluppi futuri della professione

La domanda relativa agli auspici in relazione agli sviluppi futuri mirava ad indagare quali sono i fattori che secondo i rispondenti possono contribuire allo sviluppo positivo della professione infermieristica. Il 40% (tra rispondenti al questionario e persone intervistate) si è espresso su questo tema e, come in precedenza, le risposte sono state sottoposte ad analisi di contenuto considerando le 7 categorie di analisi delle pratiche volte a favorire il benessere organizzativo. Gli aspetti indicati dai rispondenti sono presentati secondo queste categorie, considerandone la frequenza e/o l'ordine di importanza assegnato (Tabella 12).

**Tabella 12. Auspici espressi riguardo allo sviluppo della professione infermieristica**

Categoria di riferimento	Auspici espressi
<i>Salute e sicurezza</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- diminuzione del carico di lavoro</li> <li>- turni meno stressanti e meglio distribuiti</li> <li>- più personale</li> </ul>
<i>Riconoscimenti di tipo economico</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- interventi legati all'aumento di salario e delle vacanze</li> </ul>
<i>Crescita e sviluppo dei lavoratori e Job design</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- programmi di formazione continua in un'ottica di empowerment, di lifelong learning e di sviluppo di carriera</li> </ul>
<i>Rapporti sociali positivi</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- clima di lavoro positivo</li> <li>- leadership positiva</li> <li>- incoraggiamento e valorizzazione del personale</li> </ul>
<i>Benessere e qualità dei servizi e delle relazioni con stakeholders</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- riconoscimento sociale del ruolo</li> <li>- miglioramento della relazione con le famiglie e i pazienti</li> <li>- dimensione interprofessionale</li> </ul>
<i>Equilibrio tra vita personale e lavorativa</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- politiche di conciliazione lavoro-vita privata (turni più flessibili, asili nido più accessibili, rientri gradualizzati dopo i congedi parentali, ecc.)</li> </ul>

Lo sviluppo positivo della professione infermieristica così come viene visto dai rispondenti conferma l'importanza di intraprendere azioni significative sul tema del benessere organizzativo,

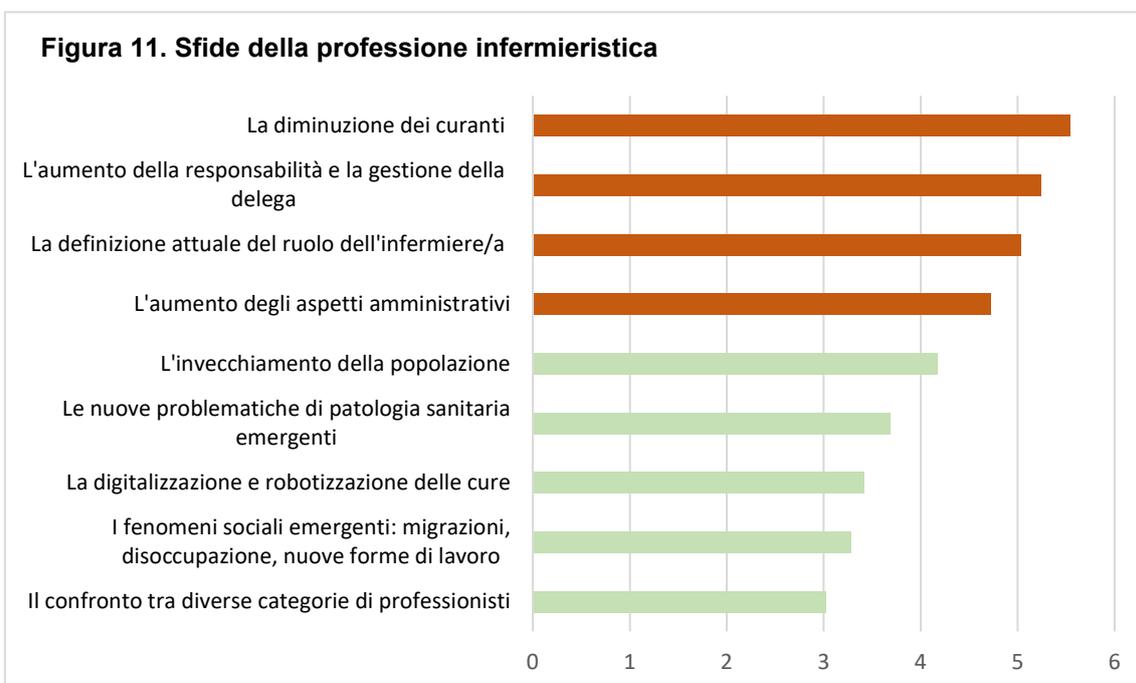
considerando tutte le aree di intervento presentate dallo schema interpretativo di riferimento. Per dirla con le parole di una rispondente al questionario:

*“Secondo me la più grande sfida è riuscire a portare benessere nella professione infermieristica e più in generale nelle professioni sanitarie.”*

#### 4.2.5.3 Sfide percepite riguardo al futuro della professione infermieristica

Quest'area d'indagine aveva lo scopo di rilevare la possibile concordanza tra le sfide dichiarate nei megatrend e tendenze segnalati al capitolo 3 e quanto percepito dai rispondenti all'indagine.

Tale percezione è stata indagata con una domanda chiusa con ordine di priorità e con una successiva domanda aperta di approfondimento. Per quanto riguarda la domanda con assegnazione di priorità quasi l'80% dei rispondenti si è espresso scegliendo un valore sulla scala proposta (1 nessuna importanza – 9 massima importanza). I valori sono stati raccolti ed è stata fatta la media riportata nell'asse delle ascisse della Figura 11.



Abbiamo analizzato quanto espresso dai rispondenti, alla luce dello schema illustrativo presentato da Deml *et al.* (2022) relativo ai megatrend nel settore della salute e abbiamo categorizzato le risposte secondo le cinque aree proposte: *cambiamenti in termini socio-demografici* (invecchiamento e crescita demografica, tendenza a vivere per conto proprio), *ampliamento del significato di salute, autodeterminazione dei pazienti* (cure partecipative, sensibilizzazione pubblica, prese di decisione condivise), *digitalizzazione* (fonti di dati diversificate, nuovi servizi e strumenti, medicina personalizzata) e *nuovi modelli di cura* (basati sull'interprofessionalità, sulle cure integrate, rafforzamento dell'assistenza primaria).

Le riposte dei partecipanti hanno identificato gli elementi legati all'*evoluzione demografica e all'invecchiamento della popolazione* con la diminuzione dei curanti, vista come una delle conseguenze logiche di questo fenomeno. Accanto a questa mega tendenza si collocano alcuni aspetti più specifici al settore sanitario, ovvero il tema della responsabilità e della



gestione della delega, che richiama *l'ampliamento delle definizioni di "salute" e di "paziente" e delle figure curanti che vi operano*, con la comparsa di *nuovi modelli di cura* e di un concetto interprofessionale di intervento. La definizione attuale del ruolo dell'infermiere/a è un altro tema che conferma la più generale rivisitazione dei *modelli di cura* fino alle caratteristiche stesse del paziente che, come evidenziato dalla letteratura, assume i contorni dell'*"empowered patient"*, ovvero di un individuo sempre più responsabilizzato e autodeterminato circa i propri percorsi di cura con una conseguente necessità di ripensare il ruolo infermieristico. Infine, ma non da ultima, la sfida legata alla *digitalizzazione* evidenziata in letteratura trova riscontro nei rispondenti soprattutto nell'item che segnala un aumento degli aspetti amministrativi da gestire in forma digitale.

#### 4.2.5.4 Considerazioni emerse a proposito delle sfide della professione infermieristica

Sullo sfondo del riferimento teorico proposto da Deml *et al.* (2022) i contributi liberi dei rispondenti (espressi sia nelle risposte alla domanda aperta, sia nelle interviste) sono stati ulteriormente suddivisi in due macro-categorie: una dai risvolti riflessivi e l'altra attuativi.

##### *Riflessioni di approfondimento:*

Principalmente sono state espresse riflessioni sul ruolo infermieristico e in particolare sul come si presenta oggi. Segnatamente, è stato riportato il tema dell'autonomia infermieristica, del riconoscimento e della valorizzazione della professione a livello sociale e della collaborazione con altre figure professionali. Questo tema richiama la complessità relazionale che caratterizza i nuovi *modelli di cura* spesso basati su un concetto di interprofessionalità e le spinte di *autodeterminazione dei pazienti*.

*"Continuiamo a lavorare in condizioni difficili, i pazienti e i parenti sono sempre più richiedenti e purtroppo il personale sanitario è sempre meno."*

Alcune persone hanno poi evidenziato come gli items proposti nella domanda chiusa riferita alle sfide della professione siano da leggere trasversalmente:

*"(...) per me la vera sfida è: tempo, qualità e passione per essere con la persona senza rischiare di essere spremuto da burocrazia, contratti di lavoro precari, poco tempo e poca energia."*

*"La diminuzione dei curanti e l'aumento degli oneri amministrativi sono tematiche interconnesse (...)."*

Rispetto ai *cambiamenti legati al concetto di salute* una rispondente rimanda alle contraddizioni che si possono incontrare in ambito infermieristico tra i valori che caratterizzano la professione e le richieste istituzionali di maggiore efficienza:

*"(...) questa attitudine del "more business" mi ha completamente svuotata di ogni interesse verso questa professione. Ricordo una volta in cui mi sono complimentata con la capo reparto dato che avevamo pochi letti occupati, per me indice di benessere della popolazione (...). Ricordo come fosse ora il commento della capo reparto che mi ha detto 'eh no, i letti vuoti costano'."*

##### *Soluzioni proposte dai rispondenti:*

Le proposte concrete avanzate dai partecipanti all'indagine trovano corrispondenze con l'area legata alla *digitalizzazione* e ai nuovi *modelli di cura*:

*"(...) il personale sanitario non è abbastanza numeroso per coprire i futuri bisogni. (...) è bene quindi poter trovare supporto con la tecnologia, che non ha prezzi elevati"*



*e può essere implementata, potrebbe dare un sostegno in più nella presa a carico del paziente da parte del personale infermieristico, ad esempio con il monitoraggio a distanza dei parametri vitali (...).”*

*“Urge un nuovo paradigma delle cure, un modello centrato sulla salute e non più sulla malattia (...) nella maggior parte dei casi l’invecchiamento coincide con un deterioramento generale delle condizioni di vita, difficoltà economiche, solitudine e dolore. La riflessione comprende anche l’attuale demotivazione dei curanti, una mortalità professionale che ha un impatto negativo sull’offerta di cure e assistenza.”*

*“Altra enorme sfida, che chissà se si saprà mai cogliere, sarebbe quella di aprire le cure dei reparti acuti in attività altrove largamente sperimentate: gli interventi assistiti con animali (più famosa come Pet Therapy).”*

*“Occorre attrarre più talenti, motivare i curanti a non abbandonare la professione e ottimizzare il tempo dei curanti (per esempio tramite l’automazione di attività amministrative e tecniche per lasciare più spazio alla relazione).”*

Questa domanda aperta, riguardante gli sviluppi positivi della professione infermieristica, probabilmente per le sue caratteristiche proiettive rispetto al futuro, ideali e non ancora stabilite (auspici futuri, valori, aspettative) è stata quella ad aver raccolto il maggior numero di risposte aperte nel questionario. In sintesi, le proposte avanzate, considerate nell’ordine d’importanza riportato dai contributi espressi, sembrano dunque collocarsi nelle aree legate alla *digitalizzazione*, ai nuovi *modelli di cura* (sfide legate al ruolo, al concetto di interprofessionalità, alle cure integrate e innovative) e infine *all’ampliamento del concetto di “salute” e di “paziente”* considerando le spinte di *autodeterminazione di pazienti* e famiglie ad esso correlate.

## **4.2.6 Reinserimento professionale**

In questa parte dell’indagine è stato esplorato il tema del reinserimento professionale. Grazie soprattutto alle interviste è stato possibile evidenziare i tentativi concreti fatti per rientrare nella professione e le difficoltà riscontrate da coloro che avevano interrotto la professione. Tramite il questionario invece è stato possibile raccogliere anche i punti di vista e gli auspici espressi da parte del personale attualmente attivo nella professione, rispetto a dispositivi di sostegno e a proposte formative utili al reinserimento nella professione.

### **4.2.6.1 Tentativi di reinserimento professionale e difficoltà riscontrate**

Tra i tentativi fatti per reinserirsi nel settore infermieristico a seguito di interruzioni temporanee della professione emergono i seguenti:

- cambiare settore o Cantone
- richiedere una ridotta percentuale di lavoro
- esercitare come infermieri/e indipendenti
- rientrare tramite il Pool Covid<sup>22</sup>.

In ordine di importanza le principali difficoltà riscontrate nel tentativo di reinserirsi sono state:

---

<sup>22</sup> Questo elemento è peculiare al periodo storico che stiamo attraversando, caratterizzato appunto dal tema della pandemia Covid-19 che ha attivato nelle strutture sanitarie la costituzione di team particolari, di “emergenza” formato in parte da personale fuoriuscito dalla professione



- difficoltà nella conciliazione lavoro-vita privata soprattutto a causa della poca flessibilità dei turni
- relazioni difficili con colleghi e superiori, clima di lavoro ostile
- mancanza di riconoscimento delle proprie competenze (compreso il mancato riconoscimento di specializzazioni fatte all'estero) e conseguente calo di autostima
- difficoltà nell'utilizzo di mezzi informatici, percepita in termini di mancanza di autonomia
- mancanza di accompagnamento nella fase di inserimento
- difficoltà legate ad alti livelli di responsabilità
- difficoltà legate a carico di lavoro troppo elevato
- difficoltà linguistiche per persone non italofone.

Le difficoltà riscontrate nei tentativi di rientro richiamano quelle evidenziate dai rispondenti in relazione ai vissuti critici nella situazione professionale attuale, nel primo inserimento, così come nei motivi che portano a *turnover* organizzativo e professionale. Anche per questo argomento abbiamo scelto di adottare la linea interpretativa riguardante le categorie di analisi delle pratiche volte al benessere organizzativo, citate nella Tabella 8.

Tra gli aspetti più ricorrenti troviamo il tema della *conciliabilità*, delle *relazioni sociali positive* (o negative) e la mancanza di valorizzazione del personale, la scarsa attenzione alla *crescita e allo sviluppo del personale* che in questo frangente si caratterizza con dispositivi di accompagnamento carenti e poco strutturati e infine il tema *salute e sicurezza* con carichi di lavoro e livelli di responsabilità vissuti come eccessivi.

#### **4.2.6.2 Proposte formative e dispositivi per il reinserimento**

Da ultimo è stato chiesto ai rispondenti quali sono secondo loro gli elementi che possono essere utili per il reinserimento (loro o di altri) e quali proposte formative possono immaginare per favorirlo. Su questo tema il gruppo di pilotaggio Re Care in fase di progettazione aveva focalizzando l'attenzione su alcuni aspetti, quali:

- il lavoro nel contesto delle cure di lunga durata: politiche sanitarie e ruoli professionali
- la gestione dello stress e del burnout
- la relazione interprofessionale, intergenerazionale e interculturale
- la gestione delle relazioni nel contesto delle cure di lunga durata
- i processi di cambiamento: risorse e limiti
- le sfide e opportunità della digitalizzazione nel contesto delle cure.

Quanto espresso dai rispondenti richiama sia quanto suggerito dal gruppo di pilotaggio sopraccitato, sia quanto emerso dall'analisi di studi recenti e delle buone pratiche (descritti al capitolo 3). Presentiamo quanto evidenziato dai rispondenti, in ordine di importanza.

##### *Elementi di un dispositivo di accompagnamento al reinserimento:*

- consulenza orientativa
- stage supervisionati e retribuiti
- possibilità di lavorare con casistiche che interessano
- maggiore flessibilità nell'organizzazione dei turni di lavoro.

##### *Temî da trattare in un percorso di formazione specifico al reinserimento:*

- aggiornamento su tecniche di cura e farmacologia



- aggiornamento su patologie specifiche
- tecniche di gestione dello stress.

Quel che emerge è la richiesta di attivazione di un dispositivo di accompagnamento al reinserimento che preveda percorsi di consulenza, possibilità di stage supervisionati e retribuiti secondo una prospettiva che investa effettivamente nella *crescita e nello sviluppo di lavoratrici e lavoratori* a partire dalla fase di inserimento. I rispondenti auspicano inoltre maggiore attenzione al tema della *conciliabilità* con una distribuzione più flessibile dei turni di lavoro. Tra le proposte formative, oltre agli aspetti basilari necessari al rientro i rispondenti mettono l'accento su un accompagnamento che vada oltre una dimensione prettamente tecnica per fare posto allo sviluppo di competenze trasversali, ad un saper essere che si traduca nella capacità di gestire lo stress investendo sulla *salute* dei dipendenti.

Nella prossima sezione sono presentati i risultati dei focus group da cui emergono sia aspetti meta riflessivi sia proposte concrete d'intervento.

### 4.3 Risultati emersi dai Focus Group

Come anticipato nei capitoli precedenti sono stati realizzati tre focus group, di cui il primo aveva scopo validativo in relazione al questionario. In questa sezione presentiamo quanto emerso dagli altri due che avevano invece lo scopo di approfondire e discutere i risultati emersi dalle interviste. Gli stessi sono stati presentati tramite l'ausilio di un power point ed è stato chiesto ai partecipanti di dare un riscontro sugli aspetti che li hanno particolarmente colpiti oppure che confermano elementi già riscontrati nei loro ambiti d'azione.

I contributi espressi sono stati trattati (a partire dai verbali degli incontri) secondo un'analisi di contenuto in grado di mettere in luce alcuni nuclei tematici fondamentali sul tema della penuria di personale infermieristico nel nostro Cantone. I partecipanti ai Focus Group, con il loro ricco bagaglio di esperienza hanno indicato delle piste riflessive e altre più pragmatiche, per la fidelizzazione del personale alle proprie organizzazioni di lavoro e più in generale alla professione infermieristica. I temi emersi sono stati raggruppati in due macro-categorie. La prima comprende aspetti riflessivi e commenti di approfondimento su alcune tematiche fondamentali legate alla disaffezione che minaccia la professione infermieristica, mentre la seconda contiene alcune proposte concrete per fronteggiarla e arginarla. I temi emersi sono dunque presentati secondo la distinzione sopracitata e riportati in ordine di importanza secondo la frequenza di adesione riscontrata nei focus group.

#### 4.3.1 Aspetti riflessivi sugli elementi emersi dalle interviste

##### *Conciliabilità tra lavoro e vita privata:*

È stato rilevato che nel settore infermieristico vi è la tendenza ad abbassare la percentuale lavorativa, in alcuni casi anche tra i neo-diplomati, per alleggerire il carico di lavoro e permettere così di bilanciare meglio lavoro e vita privata. Il personale rinuncia ad una retribuzione più alta in cambio di una qualità di vita maggiore. Secondo alcuni partecipanti ai Focus Group questa potrebbe essere una condizione per una permanenza prolungata nella professione che si paga peraltro con una minore retribuzione, e che potrebbe andare a discapito delle costanti necessità di aggiornamento e consolidamento nella pratica rese più difficili nel caso di percentuali di lavoro troppo basse.

##### *Turnover organizzativo:*

Secondo i due gruppi coinvolti il fenomeno del *turnover* organizzativo in ambito infermieristico (ovvero del cambiamento di struttura sanitaria) rispecchia la complessità del ruolo e del contesto



lavorativo. Come detto in precedenza, in alcuni casi è ricercato e voluto, quale concreta possibilità di evoluzione e perfezionamento professionale, soprattutto tra i giovani neo-diplomati che spesso nella fase iniziale della loro carriera restano solo 1-2 anni nello stesso posto di lavoro. Infatti, nel caso di questi professionisti l'esperienza in diversi contesti di cura rappresenta una vera e propria opportunità formativa. Alcuni partecipanti ai focus group sottolineano però l'importanza della fase di consolidamento rispetto all'esperienza professionale in atto e il rischio che incombe cambiando posto di lavoro troppo spesso. Dopo una prima fase di socializzazione, infatti, ne è necessaria una successiva che permetta di consolidare quanto appreso. Questo per limitare i rischi di fragilizzazione del professionista che, con i continui cambiamenti, non può dare corpo e struttura all'esperienza professionale vissuta.

#### *Caratteristiche dell'ambito delle cure di lunga durata:*

Questo tema è stato sollevato in relazione a uno degli obiettivi dell'azione B di Re Care, ovvero la progettazione e l'implementazione di un percorso di reinserimento professionale integrato ad interventi formativi sul tema delle cure di lunga durata. Come riportato dai partecipanti ai focus group, nell'immaginario collettivo il settore delle cure di lunga durata, soprattutto per quanto riguarda le cure a domicilio, appare poco attrattivo, e visto come opzione di fine carriera quando il personale è troppo stanco per continuare a lavorare in ospedale. In realtà i partecipanti mettono in luce la sempre crescente complessità che caratterizza il settore delle cure di lunga durata con pazienti sempre più differenziati che vanno al di là dell'ambito geriatrico. È un settore in cui è richiesta molta expertise, responsabilità e autonomia e in particolare il settore delle cure a domicilio permette, a differenza del lavoro in un reparto ospedaliero, di conciliare più facilmente lavoro e vita privata poiché spesso non sono previste le notti. D'altro canto, nelle cure a domicilio il contesto è caratterizzato da minore intensità relazionale a livello di équipe di lavoro, infatti alcuni partecipanti parlano di "équipe liquide". Nel caso delle istituzioni per anziani invece alcuni partecipanti focalizzano il compito sullo "stare invece di fare", un cambio di prospettiva che potrebbe costituire un'interessante sfida per una carriera professionale in questo settore, che spesso viene sottovalutata.

#### *Ruolo infermieristico*

I due gruppi hanno ribadito in diverse occasioni la crescente complessità del ruolo infermieristico, soprattutto in relazione agli altri professionisti della cura e alle differenze che caratterizzano i professionisti *ante* e *post* riforma delle formazioni nel settore sanitario. Anche in questo caso è necessario secondo i partecipanti ai focus group soffermarsi a riflettere su come questo aspetto incida sulla soddisfazione del personale infermieristico e sulle difficoltà che si possono riscontrare in questo ambito. In particolare, alcuni partecipanti sottolineano la difficoltà per gli infermieri "*ante-riforma*" a rientrare nel settore infermieristico dopo un periodo prolungato di interruzione della professione a causa dei cambiamenti importanti sopravvenuti anche nelle pratiche sanitarie.

### **4.3.2 Piste concrete ipotizzate per limitare le interruzioni della professione**

#### *Promozione del benessere*

Questo tema ha raccolto il maggior numero di contributi all'interno del ventaglio di riflessioni e ipotesi discusse durante i due focus group. Si tratta di un tema molto articolato e comprende varie aree di intervento, rispetto alle quali i partecipanti hanno messo l'accento su: il concetto di cura basato sulla persona sia in relazione ai pazienti sia in relazione ai collaboratori; l'aumento dei fattori protettivi per contrastare i fattori di rischio; la promozione di una cultura di benessere organizzativo; la formazione dei dirigenti sugli stili di leadership, sulla gestione del carico di lavoro e dello stress; la responsabilità sociale d'impresa; la promozione di relazioni interpersonali positive all'interno delle équipe di lavoro per contrastare quella che alcuni hanno chiamato "inciviltà relazionale" e per sviluppare solidarietà e sostegno reciproco; lo sviluppo di forme di supporto al



personale come per esempio supervisioni, coaching, sostegno psicologico individuale; lo sviluppo di un'attitudine resiliente già durante la formazione di base.

Quanto espresso nei focus group in relazione alla promozione di benessere organizzativo conferma quanto emerso anche dai risultati dell'indagine sul campo. Grazie allo schema interpretativo adottato, (Cattani *et al.*, 2022) si può notare, anche in questo caso, la rilevanza di alcune aree di riferimento: *relazioni sociali positive* con la promozione di una leadership e di un clima di lavoro positivo e valorizzante, la promozione di un concetto di *salute e sicurezza* a tutti i livelli (bio-psico-sociale), la cura per lo *sviluppo e la crescita dei propri collaboratori* (tramite formazione, supervisione, ecc.) secondo una prospettiva partecipativa e di *coinvolgimento di lavoratrici e lavoratori* e infine il tema legato al *benessere e alla qualità dei servizi e delle relazioni con gli stakeholder* (modello di cura basato sulla persona). Come per la ricerca sul campo le aree toccate richiamano la dimensione psicosociale come punto fondamentale per avviare una riflessione e suggeriscono azioni di intervento concrete per lo sviluppo del benessere del personale, come vedremo nella prossima sezione relativa allo *sviluppo e la crescita di lavoratrici e lavoratori*.

### *Sviluppo di carriera*

Anche questo tema è stato molto discusso e approfondito. Secondo i partecipanti, infatti, questo aspetto è spesso sottovalutato e la gestione del percorso di carriera viene affidato totalmente agli individui. Sempre secondo i partecipanti potrebbe essere invece un elemento su cui fare leva per aumentare i livelli di soddisfazione e di benessere del personale. Il processo potrebbe essere gestito dall'organizzazione lavorativa assieme al collaboratore o organizzazioni esterne formate per farlo. In questo modo lavoratrici e lavoratori potrebbero essere sostenuti nell'orientamento della propria carriera, in un'epoca in cui questa diventa sempre più fluida e frastagliata secondo i concetti di una "carriera senza confini". Questo tema assume particolare rilevanza nei casi in cui il personale infermieristico rientra nella professione dopo lunghe interruzioni. In questo caso i partecipanti suggeriscono la possibilità da parte dell'organizzazione o di istanze esterne di prevedere stage supervisionati e una consulenza orientativa. Alcuni partecipanti sottolineano comunque l'importanza dell'aspetto volitivo, ovvero dell'attitudine più o meno proattiva della persona che intende reinserirsi nell'ambito delle cure.

## **4.4 Analisi trasversale: una concordanza di auspici**

Ripercorrendo i risultati emersi dalla ricerca sul campo, rilevati tramite interviste, questionario e focus group, sono emerse delle tematiche ricorrenti su cui è utile chinarsi per quanto riguarda la riflessione sulla penuria di personale infermieristico in Ticino e sulle proposte per fronteggiarla. Facendo riferimento allo schema interpretativo presentato alla tabella 8, riguardante le aree in cui è possibile intervenire per favorire benessere e permanenza del personale infermieristico, è stato possibile rilevare una concordanza di auspici tra i risultati delle diverse forme di rilevamento ed è stato possibile stimare un ordine di prevalenza nelle risposte dei partecipanti all'indagine, in considerazione delle sette aree di riferimento. Quest'ordine di prevalenza, pur non essendo statisticamente probante, mette in luce alcune aree su cui i contributi raccolti concordano.

Le due aree di intervento prioritarie suggerite dai contributi dei partecipanti riguardano i *rapporti sociali positivi* e le possibilità di *crescita e sviluppo professionale del personale*.

Su questi due perni sembrano dovere fare leva le proposte cantonali per favorire benessere, soddisfazione e permanenza del personale infermieristico nel settore. Seguono le altre aree di intervento secondo il peso rilevato:

- *salute e alla sicurezza*
- *equilibrio tra vita privata e vita professionale* (conciliabilità)



- *coinvolgimento del personale*
- *riconoscimento remunerativo*
- *benessere e qualità dei servizi e delle relazioni con gli stakeholders.*

A rivestire meno peso sembrano essere le aree dedicate al *riconoscimento remunerativo* e al *benessere e qualità dei servizi e delle relazioni con gli stakeholders*. Ci sembra di cogliere da questo dato, che oltre alle note rivendicazioni remunerative (aumento del salario e delle vacanze) espresse anche tramite iniziative politiche dalle associazioni di categoria, i partecipanti a questa indagine ritengano utile un investimento soprattutto sulle dimensioni psico-sociali che caratterizzano l'agire professionale, come è stato più volte sottolineato nel corso del presente rapporto.

Poiché l'obiettivo del progetto Re Care verte principalmente su due assi: resilienza e reinserimento del personale infermieristico, è su questi aspetti che abbiamo articolato inoltre alcuni elementi di concordanza risultati dall'analisi contrastiva (ovvero dall'identificazione di differenze e concordanze) delle risposte ad alcune domande.

Per l'asse resilienza ci siamo orientati sui risultati ottenuti grazie all'esplorazione dei *motivi che spingono il personale infermieristico ad interrompere stabilmente la professione (turnover professionale)* e i *vissuti critici del personale attivo circa la loro situazione professionale attuale*. L'analisi contrastiva di questi risultati ha messo in luce alcuni elementi comuni tra i vissuti critici che il personale incontra nel suo agire professionale e i motivi che portano all'interruzione della professione infermieristica. Secondo questa prospettiva gli aspetti che potrebbero costituire un campanello d'allarme sono:

- *carico di lavoro eccessivo per mancanza di personale e alti livelli di responsabilità (area salute e sicurezza)*
- *scarso riconoscimento del ruolo (area benessere e qualità dei servizi e delle relazioni con gli stakeholders)*
- *scarse possibilità di sviluppo professionale (area crescita e sviluppo professionale)*
- *clima di lavoro negativo / relazioni difficili con colleghi e superiori (area relazioni sociali positive).*

Questi aspetti dovrebbero essere costantemente monitorati, al fine di reperire informazioni rilevanti su aspetti che se trascurati potrebbero portare a interruzioni stabili della professione ed espandere maggiormente il fenomeno legato alla penuria del personale infermieristico.

Rispetto agli auspici generali presentati alla Tabella 12, in questo caso maggiore rilievo assume l'area della *salute e sicurezza* di collaboratori e collaboratrici. Per lo sviluppo di un'attitudine resiliente nel personale infermieristico è dunque prioritario un investimento sulla *salute bio-psico-sociale* del personale. Secondo i rispondenti è poi necessario svolgere un lavoro "a monte" secondo una prospettiva inter-organizzativa fondata sulla *qualità dei servizi e delle relazioni* e in particolare sul ruolo e sul grado di autonomia della figura infermieristica in relazione ad altre figure professionali con cui lavora. Seguono poi le due aree risultate prioritarie anche nell'analisi generale della ricerca sul campo: l'area delle *relazioni sociali positive* e l'area della *crescita e sviluppo professionale*. Su questi quattro binari dovrebbe snodarsi, secondo gli infermieri e le infermiere che hanno partecipato all'indagine, l'intervento sull'asse della resilienza.

Per quanto riguarda invece l'asse del reinserimento professionale riportiamo alcuni elementi confermativi riscontrati tra i contributi offerti dal personale infermieristico attualmente inattivo e che trovano spesso riscontro tra gli auspici espressi dai rispondenti tuttora attivi. La concordanza riguarda gli *auspici legati al rientro nella professione* e le *difficoltà riscontrate dal personale inattivo nei tentativi di reinserimento nella professione*. In particolare, le difficoltà riscontrate nei tentativi di rientro riguardano i temi: *conciliabilità, relazioni sociali negative* e la mancanza di

valorizzazione del personale, la scarsa attenzione alla *crescita e allo sviluppo del personale* che in questo frangente si caratterizza con dispositivi di accompagnamento carenti e infine il tema *salute e sicurezza* con carichi di lavoro e livelli di responsabilità eccessivi. Tra gli auspici espressi in relazione al rientro emerge l'importanza di investire sullo *sviluppo e la crescita professionale dei futuri collaboratori* con dispositivi di reinserimento che prevedano pratiche di accompagnamento strutturate (percorsi di consulenza, stage supervisionati e retribuiti), carichi di lavoro e responsabilità adeguati alla condizione specifica di reinserimento. I rispondenti auspicano inoltre maggiore attenzione al tema della *conciliabilità* con una distribuzione più flessibile dei turni di lavoro. Per l'asse del reinserimento, dunque, è particolarmente importante un'attenzione ai dispositivi di reinserimento che vengono messi in campo e quanto questi siano veramente in grado di promuovere inserimenti efficaci. In particolare, è necessario prestare attenzione alle seguenti dimensioni:

- *crescita e sviluppo professionale dei futuri collaboratori* (formazione continua)
- *salute e sicurezza* (carichi di lavoro adeguati, gestione dello stress)
- *conciliabilità* (possibilità di concordare turni e percentuali di lavoro).

Malgrado alcune differenze (principalmente sull'ordine di importanza attribuito) la comparazione (Tabella 13) tra quanto emerso dall'analisi trasversale di tutti i risultati, dall'analisi legata all'asse della resilienza e da quella legata all'asse del reinserimento, permette di individuare quattro aree di intervento prioritarie.

**Tabella 13. Categorie prioritarie di intervento secondo i diversi assi di analisi**

<b>Analisi trasversale</b>	<b>Analisi asse resilienza</b>	<b>Analisi asse reinserimento</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>rapporti sociali positivi</i></li> <li>- <i>crescita e sviluppo professionale</i></li> <li>- <i>salute e alla sicurezza</i></li> <li>- <i>conciliabilità</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>salute e sicurezza</i></li> <li>- <i>benessere e qualità dei servizi e delle relazioni con gli stakeholders</i></li> <li>- <i>crescita e sviluppo professionale</i></li> <li>- <i>rapporti sociali positivi</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>crescita e sviluppo professionale</i></li> <li>- <i>salute e sicurezza</i></li> <li>- <i>conciliabilità</i></li> </ul>

Gli elementi ricorrenti che emergono in tutti i tre livelli di analisi sono la *crescita e sviluppo professionale* e il tema della *salute e sicurezza*. Seguono in ordine di ricorrenza le aree riguardanti i *rapporti sociali positivi* e la *conciliabilità* che ritroviamo in almeno due delle categorie prese in considerazione alla Tabella 13. Queste quattro aree sono da considerarsi prioritarie nell'intervento cantonale teso ad arginare la penuria di personale infermieristico e rafforzare le pratiche legate alla resilienza e al reinserimento. In conclusione, questa analisi comparativa ha messo in luce una concordanza di auspici che riflettono le aree su cui è fondamentale intervenire per aumentare i livelli di fidelizzazione, la soddisfazione e il benessere del personale in attività e favorire pratiche di reinserimento efficaci per il personale attualmente inattivo. Le riprendiamo sinteticamente di seguito:

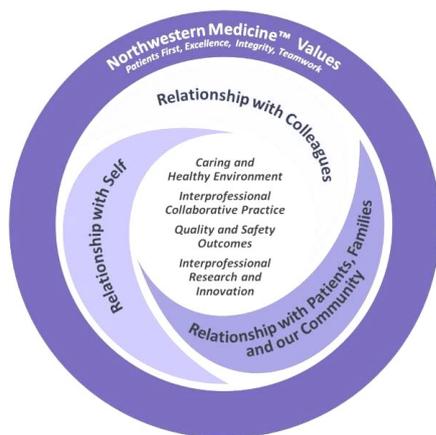
1. *crescita e sviluppo professionale dei/delle collaboratori/trici*: questo è uno dei punti cardine in relazione ai bisogni e agli auspici del personale infermieristico. Come rilevato, il fenomeno di *turnover* organizzativo sembra essere un iter seguito da molti professionisti come possibilità formativa. D'altra parte, occorre porre le dovute attenzioni alla dinamica di socializzazione/consolidamento come suggerito dalle e dai partecipanti ai Focus Group. La possibilità di lavorare in vari contesti professionali diventa per infermieri/e strumento formativo,

sviluppato tramite un approccio esperienziale. Per questo motivo, secondo una logica di *retention* e di fidelizzazione del personale, è ipotizzabile da parte dei servizi sanitari sostenere queste spinte formative in modo intenzionale, ovvero accompagnando collaboratrici e collaboratori nello sviluppo della propria carriera professionale.

Anche per quanto riguarda le pratiche di reinserimento professionale questo tema sembra emergere a gran voce, il personale ha bisogno di rientrare nella professione con dispositivi strutturati che investano effettivamente sul personale dando pieno valore al concetto di *risorsa umana*.

2. *salute e sicurezza*: quest'area racchiude i feedback ricevuti dai rispondenti in merito a carichi di lavoro e responsabilità eccessivi, stress, demotivazione, frustrazione. Tutti fattori che incidono sulla salute del personale e che vengono riportati in varie fasi della vita professionale di infermieri/e (nell'inserimento iniziale, in piena attività lavorativa e nelle fasi di interruzione temporanea o stabile della professione). I partecipanti all'indagine esprimono il bisogno di essere maggiormente tutelati a questo livello. I servizi sanitari possono lavorare dunque sulla riduzione dei fattori di rischio controbilanciandoli con fattori protettivi della salute facendo leva sulle altre aree che contribuiscono a promuovere benessere, ovvero sulle relazioni sociali positive, su un investimento reale e costante nelle risorse umane, sull'attivazione di processi partecipativi e di coinvolgimento, sull'attenzione agli aspetti remunerativi e a quelli di equilibrio tra vita privata e vita lavorativa.
  
3. *rapporti sociali positivi*: la centralità della dimensione relazionale nel lavoro di cura viene più volte sottolineata dai partecipanti. La professione infermieristica è caratterizzata da un alto grado d'intensità relazionale, per questo motivo l'area dei rapporti sociali non può essere trascesa. La dinamica di cura si costituisce attraverso la collaborazione tra colleghi/e, con i superiori, i subordinati e le altre figure professionali. I modelli di cura basati sulla relazione (CBR) e sulla persona suggeriscono un'implementazione olistica del modello, ovvero si riferiscono anche alla cura del personale e alla relazione che esso stabilisce con sé stesso, con colleghe/i e con pazienti e familiari, come illustrato alla Figura 12 (Woodstock Hospital Professional Practice Model, s.d)

**Figura 12. Modello di cura basata sulla relazione**



4. *conciliabilità* (equilibrio tra vita privata e vita professionale): questo ultimo importante elemento su cui fare leva per migliorare le condizioni di lavoro di infermiere/i e rendere più sostenibile l'agire professionale richiama un'altra specifica caratteristica dell'ambito infermieristico: quello della turnistica. La professione, infatti necessita di personale attivo h24



(escluso parzialmente il settore delle cure a domicilio) e una distribuzione dell'orario di lavoro su turni che coprano il fabbisogno giornaliero dei pazienti. Il tema della conciliabilità riveste dunque un aspetto centrale in questa professione, indicando la possibilità da parte delle organizzazioni sanitarie di sviluppare una riflessione in questa direzione per ottimizzarne la gestione con strumenti all'avanguardia (software specifici per gestire la complessità organizzativa dei turni, sviluppare politiche conciliative grazie al sostegno di realtà esterne come per esempio l'associazione Pro Familia, ecc.).

Nel prossimo capitolo, a conclusione del presente rapporto, saranno riprese le domande di ricerca iniziali, sviluppandole alla luce di quanto presentato nel corso dei capitoli precedenti.

## 5 CONCLUSIONI

Le domande di ricerca che hanno strutturato le indagini relative alle fasi 1 e 2, dell'azione B del progetto Re Care, sono state elaborate da un lato per rilevare caratteristiche, auspici e bisogni del personale infermieristico (attivo e inattivo), dall'altro per fornire indicazioni per la formazione di base e continua, nonché per precisare alcuni aspetti volti a sviluppare resilienza e a favorire il reinserimento. Per rispondere a queste domande l'indagine si è sviluppata lungo due piste: l'analisi documentaria e la ricerca sul campo. Grazie all'analisi documentaria è stato possibile delimitare la problematica, identificare i fattori che incidono sulla penuria di personale infermieristico e le proposte possibili volte a fronteggiarla, reperite tramite l'analisi di progetti, studi recenti e buone pratiche. Con la ricerca sul campo è stato possibile invece rilevare il vissuto di un gruppo di attori coinvolti sul nostro territorio (personale infermieristico attivo e inattivo, esperti del settore). Di seguito riprendiamo le domande di ricerca poste inizialmente riassumendo quanto presentato nel corso del presente documento.

### 1. Quali aspetti concorrono al mantenimento o all'interruzione dell'attività infermieristica presso le strutture sanitarie in Ticino?

Per rispondere a questa domanda abbiamo dapprima cercato di chiarire il quadro di riferimento tramite l'esplorazione di letteratura, l'analisi di recenti studi di settore e delle buone pratiche. La fase di analisi documentaria, tramite la quale sono stati individuati i megatrend e le tendenze nel settore della salute e nell'ambito delle cure infermieristiche nonché le caratteristiche e le determinanti generali del turnover organizzativo e professionale, ha permesso poi di orientare l'elaborazione delle categorie di indagine utilizzate per interviste e questionario. I risultati di entrambe le analisi confermano che gli aspetti che concorrono al mantenimento del personale sono gli stessi che portano all'interruzione della professione se queste condizioni non sono soddisfatte. Il confronto tra i risultati emersi dall'analisi trasversale di studi recenti, buone pratiche e i risultati della ricerca sul campo permette di sottolineare l'importanza di investire sugli aspetti psicosociali che influenzano il benessere del personale e in particolare sulle quattro aree prioritarie di intervento già accennate nel corso del precedente capitolo: *crescita e sviluppo professionale del personale, salute e sicurezza, rapporti sociali positivi e conciliabilità lavoro-vita privata*. L'azione congiunta su questi quattro poli d'intervento sembrerebbe costituire una pista efficace a livello cantonale per mantenere attivo e soddisfatto il personale infermieristico e ridurre di conseguenza il fenomeno di *turnover* professionale.

Rispetto alle linee di tendenza registrate dall'analisi trasversale delle buone pratiche, illustrata alla Tabella 9, è possibile mettere in luce le differenze e gli elementi di raccordo evidenziati grazie all'analisi contrastiva tra i risultati emersi dalla ricerca sul campo e quelli emersi dall'analisi di buone pratiche. Gli elementi di raccordo riguardano le necessità di *crescita professionale* e gli auspici legati al clima di lavoro tramite lo sviluppo di *rapporti sociali positivi*. Questi due ambiti hanno delle eco identitarie oltre che relazionali. Secondo la prospettiva dell'organizzazione umanistica, dove il luogo di lavoro diventa "luogo di persone", le possibilità di sviluppo professionale procedono di pari passo con un concetto di crescita personale, secondo un approccio esistenziale alla formazione e un concetto di lavoro come elemento costitutivo dell'identità (Loiodice in Bochicchio e Rivoltella, 2017).

Inoltre, l'analisi delle buone pratiche, a differenza di quanto emerge dalla ricerca sul campo, attribuisce molta importanza alle aree legate al *benessere e alla qualità dei servizi e delle relazioni con gli stakeholders*, al *coinvolgimento* e alla crescita personale e professionale di lavoratrici e lavoratori. L'area che riguarda lo sviluppo di relazioni inter-organizzative che esulano dal contesto micro in cui è direttamente immerso il personale curante sembra invece rivestire minore



importanza per coloro che hanno partecipato all'indagine sul campo. Poiché si tratta di una dimensione macro che sottende la qualità dei servizi e le relazioni con gli stakeholders, le azioni intraprese in quest'area d'intervento permetterebbero di gestire situazioni complesse in costante cambiamento non perdendo di vista l'orientamento alla qualità, e questo anche alla luce delle specificità dei contesti cosiddetti V.U.C.A (volatility, uncertainty, complexity, ambiguity) che caratterizzano le società contemporanee. Per questo motivo potrebbe essere una dimensione ritenuta particolarmente rilevante e strategica per l'area di competenza gestionale (quadri), mentre per il personale infermieristico assume maggiore rilevanza intervenire nelle aree in cui sono direttamente coinvolti nel loro agire quotidiano (*rapporti sociali positivi/clima di lavoro, possibilità di crescita e sviluppo professionale, salute e sicurezza, conciliazione vita privata-vita professionale, coinvolgimento del personale secondo approcci partecipativi, remunerazione economica*).

La seconda domanda di ricerca aveva l'obiettivo di indagare più nello specifico quali siano gli auspici dei professionisti del settore (attivi e non) sul tema della formazione, in special modo continua, del personale infermieristico.

## 2. Quali indicazioni possono essere considerate su questo tema nella formazione di base e continua del personale infermieristico?

Alla luce delle condizioni necessarie per attivare resilienza nel personale infermieristico attivo e pratiche di reinserimento efficaci per il personale inattivo avanziamo alcuni suggerimenti sulle piste che si potrebbero intraprendere in ambito formativo. Per quanto riguarda le proposte di formazione continua i partecipanti all'indagine hanno espresso i loro auspici, come riportato capitolo 4.2.5 *Identità professionale e prospettive*. Questi riguardano principalmente due aree: *crescita e sviluppo di lavoratrici e lavoratori* come investimento costante in tutte le fasi della carriera lavorativa, dunque sia durante la formazione di base, quella di socializzazione alla professione, negli inserimenti in nuovi servizi sanitari a seguito di turnover organizzativo, e negli eventuali reinserimenti e nei percorsi di formazione continua. Il tema prioritario seguente appare quello legato alla *salute e sicurezza*, da promuovere attraverso percorsi formativi volti allo sviluppo di un'attitudine resiliente in grado di rafforzare i fattori protettivi della salute al fine di controbilanciare i fattori di rischio. Infatti, da parte dei partecipanti all'indagine è stata sottolineata l'importanza di un sostegno nella gestione dello stress. Come suggerito da alcuni partecipanti ai focus group questi elementi potrebbero essere già attivati durante la formazione di base attraverso la promozione di attività formative legate alla sfera psico-sociale del lavoro, allo sviluppo di competenze relazionali comunicative ad un concetto di cura applicato anche a sé stessi e all'équipe di lavoro sul solco fornito dall'esperienza di alcune delle buone pratiche esaminate (capitolo 3.2.5). Inoltre, alla luce dei vissuti critici espressi da alcuni rispondenti in relazione al primo inserimento nella professione, durante la formazione di base si potrebbe pensare di rafforzare i dispositivi di accompagnamento alla pratica professionale integrando ulteriori elementi di sostegno (forme di tutorato, analisi riflessive delle pratiche e intervistazioni).

Per quanto riguarda la terza domanda di ricerca l'obiettivo era quello di indagare in particolare le indicazioni da considerare affinché le strutture sanitarie possano favorire fidelizzazione (tema largamente esplorato in risposta alla prima domanda) e gli elementi in grado di favorire il rientro del personale infermieristico attualmente inattivo.

## 3. Quali indicazioni possono essere considerate affinché le strutture sanitarie possano favorire la fidelizzazione o il rientro del personale infermieristico presso le proprie strutture?

In relazione al tema del reinserimento e agli auspici espressi in questo senso i rispondenti suggeriscono l'implementazione di dispositivi di accompagnamento che prevedano percorsi di consulenza, possibilità di stage supervisionati e retribuiti. Questi aspetti richiamano ancora una volta



la dimensione legata alla *crescita e allo sviluppo di lavoratrici e lavoratori* che sembra assumere una posizione di rilevanza fondamentale in questo settore. I rispondenti auspicano inoltre maggiore attenzione al tema della *conciliabilità* con una distribuzione più flessibile dei turni di lavoro. Sul tema della *conciliabilità* andrebbe fatta anche una riflessione legata alle questioni di genere e alle politiche promosse dallo Stato in cui si vive (congedi parentali). Come noto, storicamente il tema della conciliabilità è un tema che “colpisce” più da vicino il genere femminile. Con la costituzione di una famiglia, oltre ad aumentare considerevolmente il lavoro familiare (compiti di cura) e il lavoro domestico, la donna è più soggetta agli effetti del fenomeno legato al *gender career gap*, ovvero alle difficoltà relative al mantenimento di un’occupazione o all’avanzamento di carriera. Gli studi in questo campo dimostrano che una volta uscita dal mercato del lavoro la donna fa più fatica a rientrarvi (Ranci e Pavolini, 2014). Se per il lavoro familiare assistiamo ad una svolta sociale e culturale con la diffusione di nuovi modelli di paternità più partecipativi, il lavoro domestico e di cura dei figli in età prescolare, rimangono degli elementi resistenti al cambiamento sociale, che pesano in modo più determinante sull’equilibrio tra vita privata e vita lavorativa della donna (Ghigi e Impacciatore, 2015).

Questi aspetti trovano riscontro nei risultati ottenuti con la ricerca sul campo. Infatti, la maggior parte del personale inattivo coinvolto nell’indagine era di sesso femminile e la principale difficoltà riscontrata nei tentativi di rientro riguardava il tema della conciliabilità seguito dai *gap* di aggiornamento professionale creatisi durante la fase di interruzione della professione. Le lacune riportate dalle donne interessate al reinserimento riguardano in particolare le difficoltà nell’utilizzo di mezzi informatici e nell’applicazione di nuove tecniche di cura. Queste lacune incidono sul grado di autonomia e autostima delle stesse scoraggiando i tentativi di rientro. Per questo motivo si suggerisce un percorso di reinserimento graduale, accompagnato e sostenuto da processi formativi e consulenziali in modo da colmare i *gap* sia in termini operativi sia in relazione alla percezione di auto-efficacia della persona coinvolta.

Infine, il tema della conciliabilità non riguarda unicamente personale con figli a carico ma sta diventando sempre più una preoccupazione legata alla tutela degli spazi privati e di riposo di ciascun individuo. Come emerso dai focus group anche nel caso di giovani neo-diplomati del nostro Cantone si incontra una resistenza alla prospettiva del lavoro a tempo pieno proprio per i motivi appena citati. Dunque, accanto allo sviluppo di percorsi di accompagnamento al reinserimento innovativi e differenziati, occorre avanzare una riflessione seria sull’equilibrio tra vita privata e vita lavorativa ipotizzando forme di lavoro più flessibili che d’altro canto non penalizzino dal punto di vista finanziario.

Le considerazioni avanzate in questo capitolo conclusivo aprono la pista alla terza ed ultima azione del progetto Re Care, riferito al *Benessere nel lavoro di cura*, rivolto in particolare ai quadri dirigenti del settore sanitario, che grazie al ruolo di responsabilità ricoperto possono attivare forme di gestione e di leadership innovative e trasformative, in grado di promuovere benessere e contribuire ad arginare il fenomeno della penuria di personale infermieristico. In questo senso la leadership può essere letta come cura delle relazioni ma oltre al ruolo di guida va ristrutturato anche quello delle persone che lavorano all’interno delle équipes professionali in qualità di *followers* (Converso, 2012) richiamando i temi del *commitment*, secondo cui la dimensione personale ha un ruolo fondamentale nella generazione di benessere organizzativo.

## 6 BIBLIOGRAFIA

- Allen, S. & Deloitte (2021). 2021 global health care outlook. Deloitte Insight
- Anadón, M. (2019). Les méthodes mixtes : implications pour la recherche « dite » qualitative. *Recherches qualitatives*, 38(1), 105–123. <https://doi.org/10.7202/1059650a>
- Avallone, F., Bonaretti, M. (2003). *Benessere organizzativo*. Rubbettino Editore.
- Avallone, F., Paplomatas, A. (2005). *Salute organizzativa, psicologia del benessere nei contesti lavorativi*, Raffaello Cortina Editore.
- Basinska, K., Guerbaai, R.A., De Pietro, C., Sargenti, C., Lomazzi, L., Simon, M., De Geest, S., Wellens, N.I.H., Serdaly, Ch., Desmedt, M., Kressig, R.W., Nicca, N., Zeller, A., Vaes, A., Zúñiga, F. (2021). Un modello di cura per rafforzare la competenza geriatrica nelle case per anziani: lo sviluppo del modello INTERCARE e il suo contenuto. Istituto di Infermieristica, Facoltà di Medicina, Università di Basilea.
- Bennett, J., Torben-Nielsen, K., Berset, J. (2016a). Schlussbericht „Männer in der Langzeitpflege“. Forschungsprojekt 225/13. Berner Fachhochschule
- Bennett, J., Torben-Nielsen, K., Berset, J. (2016b). Égalité des chances entre hommes et femmes dans les soins de longue durée. Un guide pour appréhender les défis liés au genre. CURAVIVA Suisse
- BFH (2021). STRAIN – Work-related stress among health professionals in Switzerland. Berner Fachhochschule | vielfältig und praxisnah. <https://www.bfh.ch/de/forschung/referenzprojekte/strain-it/>
- Biegger, A. (2016). Leadership nelle cure basate sulla relazione: l'esperienza della Svizzera italiana presso l'Ente Ospedaliero Cantonale. Presentazione per il convegno Relationship based Care. Auditorium EURAC Bozen/Bolzan (Italia) 17.–18.11.2016.
- Bochicchio, F., Rivoltella, P.C. (2017) (a cura di). *L'agire organizzativo. Manuale per professionisti della formazione*. Editrice Morcelliana
- Bondallaz, P., Böhlen R. (2016). 150 anni al servizio dell'umanità. La Croce Rossa Svizzera 1866-2016. Schweizerisches Rotes Kreuz.
- Buchan, J., Catton, H., Shaffer, F. A. (2022). Pérenniser et fidéliser les effectifs en 2022 et au-delà : les personnels infirmiers dans le monde et la pandémie de Covid-19. CII – CGFNS Centre international des migrations d'infirmières.
- Cattani, D., Bednarz, F., Salini, D., Alberton, S. (2022). RelPlus - Analisi e prospettive di sviluppo di un percorso formativo innovativo. Scuola universitaria federale per la formazione professionale SUFFP / Progetto LINEA - Dipartimento dell'educazione, della cultura e dello sport (DECS) del Cantone Ticino.
- CIPS | Réinsertion (2022). CiPS - L'humain au cœur des professions Santé • Social. <https://www.cips.ch/reinsertion>
- CNHW (2021) Synthesis CNHW. Competence Network Health Workforce. [https://www.cnhw.ch/fileadmin/user\\_upload/CNHW\\_Synthesis.pdf](https://www.cnhw.ch/fileadmin/user_upload/CNHW_Synthesis.pdf)
- Consiglio di Stato della Repubblica e Cantone Ticino (2021). Piano d'azione per il rafforzamento della formazione professionale nel settore sociosanitario (PRO SAN 2021-2024). DECS – DSS. Messaggio 8009 9 giugno 2021. [https://www4.ti.ch/poteri/gc/messaggi-e-atti/ricerca/risultati/dettaglio/?r=1&user\\_gcparlamento\\_pi8\[at-tid\]=105778&user\\_gcparlamento\\_pi8\[ati\]=100](https://www4.ti.ch/poteri/gc/messaggi-e-atti/ricerca/risultati/dettaglio/?r=1&user_gcparlamento_pi8[at-tid]=105778&user_gcparlamento_pi8[ati]=100)
- Consiglio Federale (2021). Iniziativa popolare «Per cure infermieristiche forti». Bundesamt für Gesundheit BAG. <https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/berufe-im-gesundheitswesen/gesundheitsberufe-der-tertiaerstufe/vi-pflegeinitiative.html>
- Consiglio Federale (2022). Il Consiglio federale intende attuare il più rapidamente possibile la campagna di formazione nel settore delle cure infermieristiche. Bundesamt für Gesundheit



- BAG. <https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/das-bag/aktuell/medienmitteilungen.msg-id-89015.html>
- Consiglio federale (comunicato stampa 09.12.2016). Manca personale sanitario: il Consiglio federale adotta misure <https://www.admin.ch/gov/it/pagina-iniziale/documentazione/comunicati-stampa.msg-id-64883.html>
- Converso, D. (2012). Benessere e qualità della vita organizzativa in sanità. *Espress edizioni*
- Daouk-Öyry, L., Anouze, A.L., Otaki, F., Dumit, N.Y., & Osman, I.H. (2014). The JOINT model of nurse absenteeism and turnover: a systematic review. *International journal of nursing studies*, 51 1, 93-110.
- De Barros Lima, C., Davitti, V., Goncalves, S., Piattini, S., Levati, S., D'Angelo, V., Prandi, C. Bianchi, M. (2022). Il bullismo nel sistema sanitario ticinese: L'impatto sul benessere dei collaboratori e sull'organizzazione. *Professioni infermieristiche*, 74(3), 131-138. <https://www.profinf.net/pro3/index.php/IN/article/view/948>
- DECS – DFP (2019). Ragioni, obiettivi e strategia del progetto Re Care. Allegato 1 della domanda sottoposta alla SEFRI. Dipartimento educazione cultura e sport del Cantone Ticino - Ufficio della formazione continua e dell'innovazione.
- DECS / DSS / SUPSI (2018). Osservatorio sulle formazioni e prospettive professionali nel settore sociosanitario: rapporto d'attività 2015-2017. Repubblica e Cantone Ticino. Dipartimento dell'educazione, della cultura e dello sport. Dipartimento della sanità e della socialità. Scuola universitaria professionale della Svizzera Italiana.
- Deml, MJ., Jungo, KT, Maessen, M., Martani, A. & Ulyte, A (2022) Megatrends in Healthcare: Review for the Swiss National Science Foundation's National Research Programme 74 (NRP74) "Smarter Health Care". *Public Health Rev* 43:1604434. doi: 10.3389/phrs.2022.1604434
- Di Ciaccio, D. (2019). Il modello culturale della Organizzazione Positiva - Chief Happiness Officer. Chief Happiness Officer. <https://www.chiefhappinessofficer.it/2019/12/12/il-modello-culturale-della-organizzazione-positiva/>
- Dolder, P. & Grünig, A. (2016). Besoins en effectifs dans les professions de la santé. Rapport national 2016. Besoins de relève et mesures visant à garantir des effectifs suffisants au plan national. Berne : Office fédéral de la santé publique (OFSP), Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et Organisation faîtière nationale du monde du travail en santé (Oda Santé). Disponible sur : <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=1143&L=1>
- DSS / DASF / UACD (2021). Pianificazione integrata LANz–LACD 2021–2030. Repubblica e Cantone Ticino. Dipartimento della sanità e socialità.
- Fontaine M. (2007). La recherche en soins infirmiers existe, je l'ai rencontrée ! *Revue Médicale Suisse. Médecine et Hygiène*, Genève ; n°3, p.2356-2361.
- Formazione e perfezionamento professionale cure di lunga durata. (s.d.). Cure di lunga durata. <https://cure-lungadurata.ch/>
- Friendly Work Space. (s.d.). Friendly Work Space – Friendly Work Space. <https://friendly-workspace.ch/it/>
- Gammarano, R. (2020). Avoir des enfants fait plus reculer la main-d'œuvre participation des femmes que se marier. ILOSTAT. <https://ilostat.ilo.org/fr/having-kids-sets-back-womens-labour-force-participation-more-so-than-getting-married/>
- Ghigi, R., & Impacciatore, R. (2015). Famiglie flessibili. L'arte di arrangiarsi ai tempi della crisi. Neodemos. <https://issuu.com/neodemos9/docs/arrangiarsi>.
- Gilmartin, MJ. (2013). Thirty years of nursing turnover research: looking back to move forward. *Medical Care Research Rev.* (1):3-28. doi: 10.1177/1077558712449056.
- Giroto G, Giroto E, Marangon L, Zattarin A. (2006). Il turnover degli infermieri. *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, 3, 4-5



- Graff, J. C. (2016). Mixed method research. In Heather R. Hall; Linda A. Rousel (Ed.) Evidence-Based Practice: An Integrative Approach to Research, Administration, and Practice (pp.47-67). Jones Bartlett Learning.
- Grawitch M.J., Gottschalk M., Munz D.C., (2006). The path to a healthy workplace: A critical review linking healthy workplace practices, employee well-being, and organizational improvements. *Consulting Psychology Journal*, 58: 129-147.
- Hahn, S., Richter, D., Beck, M., Thilo, F. (2013). *Panorama Gesundheitsberufe 2030*. Berner Fachhochschule.
- Halter, M., Pelone, F., Boiko, O., Beighton, C., Harris, R., Gale, J., Gourlay, S., & Drennan, V. (2017). Interventions to Reduce Adult Nursing Turnover: A Systematic Review of Systematic Reviews. *The open nursing journal*, 11, 108–123. <https://doi.org/10.2174/1874434601711010108>
- Hassard, J., Teoh, K., Cox, T., Dewe, P., Cosmar, M., Gründler, R., Flemming, D., Cosemans, B., & Van den Broek, K. (2014). Calculating the cost of work-related stress and psychosocial risks. Technical Report. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Heds - Fribourg. (2022). Réinsertion professionnelle en soins de longue durée - HEdS-FR - Haute école de santé Fribourg. Haute école de santé Fribourg - HEdS-FR - Haute école de santé Fribourg. <https://www.heds-fr.ch/fr/ecole/actualites/reinsertion-professionnelle-en-soins-de-longue-duree/>
- HES-SO - Wallis-Valais. (2022). Actualisation des connaissances pou... | HES-SO Valais-Wallis. La HES-SO Valais-Wallis propose 10 filières de formation dans 5 Hautes Ecoles: Ingénierie, Gestion, Santé, Travail Social et Art. <https://www.hevs.ch/fr/autres-formations/formation-continue/formations-courtes/actualisation-des-connaissances-pour-infirmiers-eres-diplomes-ees-20535/>
- ICN (2021). The Global Nursing shortage and Nurse Retention. International Council Nurses policy brief. [https://www.icn.ch/system/files/2021-07/ICN%20Policy%20Brief\\_Nurse%20Shortage%20and%20Retention.pdf](https://www.icn.ch/system/files/2021-07/ICN%20Policy%20Brief_Nurse%20Shortage%20and%20Retention.pdf)
- Intercare – Pflegegeleitete Vorsorgemodelle. (s.d.). Intercare – Pflegegeleitete Versorgungsmodelle. <https://intercare.nursing.unibas.ch/fr/>
- Jaccard Ruedin, H., Widmer, M. (2010). L’immigration du personnel de santé vers la Suisse. (Obsan Rapport 39). Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé
- Kroezen, M., Dussault, G., Craveiro, I., Dieleman, M., Jansen, C., Buchan, J., Barriball, L., Rafferty, A.M., Bremner, J., Sermeus, W. (2015). Recruitment and retention of health professionals across Europe: a literature review and multiple case study research. *Health Policy*, 119 (12): 1517-28. doi: 10.1016/j.healthpol.2015.08.003
- Leumann, S., & Trede, I. (2022). Scenarios de tendances. Projet « Titres de formation dans les soins et l’accompagnement ». Zollikofen: Haute école fédérale en formation professionnelle HEFP.
- Li, Y., & Jones, C.B. (2013). A literature review of nursing turnover costs. *Journal of nursing management*, 21 3, 405-18.
- LINEA - DECS. (s.d.). Dipartimento dell'educazione, della cultura e dello sport del Cantone Ticino - - Repubblica e Cantone Ticino. <https://www4.ti.ch/decs/linea/linea/>
- Lobsiger, M. & Liechti, D. (2021). Personnel de santé en Suisse: sorties de la profession et effectif (Obsan Rapport 01/2021). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Manley, K. 2016. An overview of practice development. in: McCormack, B. and McCance, T. (ed.) *Person-Centred Practice In Nursing and Health Care: Theory and Practice* Chichester Wiley-Blackwell. <https://nursekey.com/an-overview-of-practice-development/>
- Mazza, R., Kunz, S., Ryan, C., & Wells, J. (2016). DELAROSE: e-learning con crediti formativi per gestire lo stress lavorativo. *TD Tecnologia Didattiche*, 24(1), 61-64.



- Mehr Männer in der Pflege! (s.d.). Berner Fachhochschule | vielfältig und praxisnah. <https://www.bfh.ch/de/forschung/forschungsbereiche/maenner-pflege/>
- Merçay, C., Burla, L., Widmer, M. (2016). Personnel de santé en Suisse. Etat des lieux et projections à l'horizon 2030 (OBSAN, rapport 71). Observatoire Suisse de la santé.
- Merçay, C., Grünig, A. et Dolder, P. (2021). Personnel de santé en Suisse – Rapport National 2021. Effectifs, besoins, offre et mesures pour assurer la relève. Obsan Rapport 03/21.
- Morvan, A. (2013). Recherche-action. Dans I. Casillo (dir.), Dictionnaire critique et interdisciplinaire de la participation. Paris : GIS Démocratie et Participation. <http://www.dico-part.fr/fr/dico/recherche-action>
- OMS (2020) La situation du personnel infirmier dans le monde - 2020: Investir dans la formation, l'emploi et le leadership. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- Peter, K.A., Renggli, F., Schmid, X., Lazarevic, T., Bürgin, R., Kunz, S., Voirol, C., Hahn, S. (2021a). Stress da lavoro tra gli operatori sanitari in Svizzera – Relazione finale STRAIN per: Infermiere/a e Ostetriche. Scuola universitaria professionale bernese, Dipartimento sanità, Divisione di Ricerca Applicata e Sviluppo Infermieristica.
- Peter, K.A., Renggli, F., Schmid, X., Lazarevic, T., Bürgin, R., Kunz, S., Voirol, C., Hahn, S. (2021b). STRAIN – Raccomandazioni per la pratica. Scuola universitaria professionale bernese, Dipartimento sanità, Divisione di Ricerca Applicata e Sviluppo Infermieristica.
- Platform for health systems and services research | SLHS. (s.d.). Swiss Learning Health System. [https://www.slhs.ch/en/#:~:text=What%20is%20the%20Swiss%20Learning%20Health%20System%20\(SLHS\)?&text=The%20goal%20of%20the%20SLHS,in%20the%20Swiss%20health%20system.](https://www.slhs.ch/en/#:~:text=What%20is%20the%20Swiss%20Learning%20Health%20System%20(SLHS)?&text=The%20goal%20of%20the%20SLHS,in%20the%20Swiss%20health%20system.)
- Poli, R. (2019). Working with the future. Ideas and tools to govern uncertainty. Bocconi University Press
- Practice development in nursing. (s.d.). Unispital Basel. <https://www.unispital-basel.ch/en/ueber-uns/das-universitaetsspital/leitung/medizinische-direktion/nursingmtt/ueber-uns/abteilungen/practice-development-in-nursing/>
- Price, JL, Mueller, CW. (1981). Professional turnover: the case of nurses. Health Syst Manage. 15:1-160. PMID: 10304293.
- Pro Familia Schweiz. (2021). Reinserimento delle donne. <https://www.profamilia.ch/it/famiglie/reinserimento-delle-donne>
- Pro Familia Schweiz. (s.d.). Work-Family-Balance. Home - Pro Familia Schweiz. <https://www.profamilia.ch/it/aziende-enti-pubblici/work-family-balance-it>
- Ranci, C., & Pavolini, E. (2014). Le politiche di welfare. Il Mulino
- Recherche-Action. (s.d.). <https://recherche-action.ch/Pages/default.aspx>
- Riqualifica Professionale - Cure di lunga durata. (2022). Cure di lunga durata. <https://cure-lunga-durata.ch/riqualifica-professionale/>
- Robertson I., Tinline G., (2008). Understanding and improving psychological well-being for individual and organizational effectiveness, in Kinder A., Hughes R., Cooper C.L. (a cura di) Employee well-being and support, Wiley-Blackwell, Chichester: 39-50
- Ross, P. (2016). Practice Development in Nursing. Nursing Education Network. <https://nursingeducationnetwork.net/2016/08/30/practice-development-in-nursing/#:~:text=“Practice%20development%20is%20a%20continuous,culture%20and%20context%20of%20care.>
- Salanova M., Schaufeli W. (2009). El Engagement en el trabajo. Cuando el trabajo se convierte en pasión. Alianza.
- Salini, D. & Mäusli-Pellegatta, P. (2022). Rapporto di attività 2013-2021. Progetto pilota cantonale “Il Tutor: le buone pratiche dell’insegnare trasmesse alle nuove generazioni di docenti”. Lugano: Istituto universitario federale per la formazione professionale IUFFP.



- Salini, D. (2018). Pratica infermieristica e dispositivi digitali. Implicazione della diffusione di dispositivi digitali per l'informazione e la comunicazione nella pratica infermieristica. Rapporto di ricerca. Lugano: Istituto universitario federale per la formazione professionale
- Salini, D., Furlanetto, A., Brunori, F., Alberton, S. (2022). Re Care - Il percorso formativo Atelier dei futuri. Rapporto di attività. Scuola universitaria federale per la formazione professionale.
- SBK-ASI (2022). *Journée internationale des infirmières : chaque mois, 300 soignants supplémentaires quittent leur emploi*. Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner. <https://www.sbk.ch/fr/news-single/journee-internationale-des-infirmieres-chaque-mois-300-soignants-supplementaires-quittent-leur-emploi#:~:text=Actuelle-ment,%20le%20Jobradar%20indique%2013,qu'ils%20aiment%20leur%20m%C3%A9tier>
- Schaffert, R., Trede, I., Grønning, M., Hänni, M., Bänziger, A., Robin, D., Helfenstein, E. (2021). Berufskarrieren Pflege -Resultate einer Längsschnittstudie zum Berufseinstieg von diplomierten Pflegenden und Erkenntnisse aus einem kombinierten Datensatz zu diplomierten Pflegenden und Fachfrauen/Fachmännern Gesundheit. ZHAW Università di scienze applicate Zurigo. doi: <https://doi.org/10.21256/zhaw-3133>
- SHURP - 2018. (s.d.). SHURP 2018 – Swiss Nursing Homes Resources Project 2018. <https://shurp.unibas.ch/fr/>
- Swissuniversities (2017). Projektgebundene Beiträge: Strategie gegen Fachkräftemangel in den Gesundheitsberufen. <http://swissuniversities.ch/de/organisation/projekte-und-programme/projektgebundene-beitrage>
- Trincherò, R., Robasto, D. (2019). I mixed methods nella ricerca educativa. Mondadori.
- Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio (2021). Pianificazione integrata LANz-LACD - DASF (DSS) - Repubblica e Cantone Ticino. Repubblica e Cantone Ticino. <https://www4.ti.ch/dss/dasf/temi/anziani/pianificazione/pianificazione-integrata-lanz-lacd/>
- Università di Basilea. (2021). Shurp 2018 – Rapporto finale. <https://shurp.unibas.ch/wp-content/uploads/2021/05/SHURP-2018-Riassunto-esecutivo-aprile-21.pdf>
- USS-TI (2019a). Tabella A5-1: Personale curante per settore e livello di formazione. Ticino e svizzera dal 2010 al 2019. Ufficio di statistiche sanitarie Divisione della salute pubblica sanitaria del Cantone Ticino
- USS-TI (2019b). Tabella A7-4: Addetti negli istituti socio-sanitari, per nazionalità, permesso di lavoro e sesso, Ticino, dal 1996 al 2019. Ufficio di statistiche sanitarie Divisione della salute pubblica sanitaria del Cantone Ticino.
- Van der Maren, J-M. (1993). Méthodes de recherche pour l'éducation. De Boeck Université.
- WHO (2016). Global strategic directions for strengthening nursing and midwifery 2016-2020. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/275453>
- Woodstock Hospital Professional Practice Model. (s.d.). Northwestern Medicine. <https://www.nm.org/for-medical-professionals/for-nurses/nursing-at-woodstock-hospital/professional-practice-model>
- Zanolla, G., (2020). Percorsi nelle formazioni socio-sanitarie in Ticino. Centro competenze innovazione e ricerca sui sistemi educativi. SUPSI - Dipartimento formazione e apprendimento.
- Zúñiga F, Favez L, Baumann S. *et al.* (2021). Étude SHURP 2018 – Rapport final. Personnel et qualité des soins dans les établissements médico-sociaux en Suisse alémanique et en Suisse romande. Université de Bâle.



## 7. ALLEGATI

### **Allegato 1: Lettera mediata di invito alle interviste**

Periodo 2021-2022

Gentile collega,  
nell'ambito del progetto cantonale Re Care, volto a promuovere resilienza e reinserimento nel settore infermieristico, desideriamo raccogliere delle interviste presso infermiere o infermieri che hanno interrotto, anche solo temporaneamente, la professione infermieristica, o che attualmente non lavorano in strutture sanitarie (ospedali, case per anziani, servizi di cure a domicilio).  
Come può immaginare, per questioni di confidenzialità, non possiamo raccogliere direttamente i loro recapiti. Per questo motivo le chiedo la gentilezza di inoltrare la lettera allegata a infermiere o infermieri di sua conoscenza, residenti in Ticino, che appunto hanno interrotto la professione o che hanno dato le dimissioni dalla struttura in cui opera.

Ogni intervista sarà assolutamente confidenziale e condotta dalla mia collaboratrice Delia Cattani. Potrà essere svolta sia in presenza (a Lugano o nei pressi della residenza della persona intervistata) sia a distanza, tramite Zoom o Skype.

Mi auguro che lei possa inoltrare la lettera e per favore mi faccia sapere se e a quanti ha potuto effettuare l'invio, in modo da essere aggiornata sugli invii effettivamente spediti.

Grazie di cuore in anticipo per la disponibilità e auguri per degli ottimi giorni.  
Deli Salini

Dr. Deli Salini  
Senior Researcher e Docente  
Ricerca & Sviluppo



## Allegato 2: Traccia interviste semi-strutturate

<b>INFORMAZIONI GENERALI</b>
(Sesso) Anno di nascita
<b>SITUAZIONE PROFESSIONALE ATTUALE</b>
Attività professionale attuale (attiva o inattiva) e
Se attiva: condizioni di esercizio (tipo di contratto, orari, turnistica, percentuale, funzione, etc.)
Quali vissuti? Come si trova (punti di forza, limiti)
<b>FORMAZIONE</b>
Formazione di base / anno di ottenimento del diploma, ev. riconoscimento CRS
Formazioni antecedenti?
Specializzazioni infermieristiche ulteriori (quali, quando)
<b>PERCORSO PROFESSIONALE</b>
<b>Primo impiego nella professione infermieristica</b>
Inizio esercizio professionale dal diploma (dopo quanto tempo?)
Dove e quanto tempo nel primo impiego?
Vissuti del primo inserimento (positivi e negativi)
Persone che hanno sostenuto
<b>Variazioni di servizio sanitario</b>
In quali strutture ha lavorato? (ospedali/cliniche, istituzioni per anziani, servizi di cura a domicilio, reparti ospedalieri e/o settori di cure?)
Quante volte ha cambiato servizio sanitario e per quali motivi?
Vissuti dell'inserimento iniziale per ogni cambio di struttura (positivi e negativi)
<b>Variazioni di funzione</b>
Cambiamento di funzione lavorativa, assumendo ruoli di maggiore responsabilità? Dopo quanti anni? È sempre stata con quella funzione?
<b>Variazioni di percentuale</b>
Durante il suo percorso professionale ha aumentato o diminuito la percentuale lavorativa? Per quali motivi?
<b>INTERRUZIONI DELLA PROFESSIONE</b>
<b>Interruzioni temporanee</b>
Nel percorso ci sono state delle interruzioni temporanee? Di che durata e quante volte?
Motivazione?
Cosa ha scelto di fare?
Motivi che l'hanno spinto a rientrare (anche temporaneamente) nella professione infermieristica?
<b>Rientro dopo interruzioni lunghe</b>
Motivi che l'hanno spinto a rientrare (anche temporaneamente) nella professione infermieristica?
Vissuti al rientro: punti di forza, difficoltà.
Se difficoltà, che tipo di supporto avrebbe necessitato
Se problemi col digitale, chiarire meglio la natura del problema.
<b>Interruzione definitiva</b>
Dopo quanti anni, ha smesso definitivamente di lavorare in strutture sanitarie?
Quali sono i motivi principali?
In quali settori è attiva/o attualmente (o anche diverse attività svolte in extra sanitario)
Cosa la attrae di più della sua nuova attività o situazione formativa/professionale?
<b>IDENTITA' PROFESSIONALE E PROSPETTIVE</b>



## **Allegato 3: Proposta di adesione e traccia per i focus group**

### **Progetto pilota RE CARE – Proposta di Focus Group nel quadro dell'azione 2**

I focus group proposti hanno l'intento di indagare, con un gruppo diversificato di professionisti e professionisti delle cure o di altre categorie professionale correlate, alcuni aspetti della carriera infermieristica e gli elementi non strutturali che favoriscono o possono ostacolare la permanenza o il rientro nella professione.

**Le persone partecipanti** sono state individuate grazie sia a suggerimenti emersi da componenti del gruppo di accompagnamento del progetto Re Care, sia facendo riferimento a nominativi emersi nel corso di altre attività d'indagine del progetto stesso.

**Periodo** di attivazione dei focus group: maggio-giugno 2021

**Durata** di ogni incontro di focus group: 90 minuti

**Modalità di iscrizione:** tramite Doodle le persone che aderiscono possono selezionare data e orario a loro più confacenti. A sondaggio concluso, saranno stabiliti due o tre gruppi eterogenei di partecipanti, distribuiti su due o tre date di incontro (online)

#### **Struttura dell'incontro**

- Introduzione e presentazione di alcuni risultati rilevanti delle indagini effettuate nel quadro del progetto RE CARE – azione 2°
- Prima discussione su quanto emerso e esposizione di ulteriori elementi da considerare
- Proposte e esempi di buone pratiche riguardanti gli elementi che possono favorire la permanenza o il rientro del personale infermieristico nel settore delle cure e in particolare le cure di lunga durata.

#### **Presentazione dei risultati**

A conclusione dell'insieme dell'indagine Re Care